

s t a d i a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

TRIAGE HOITAJIEN KOKEMANA YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
30.5.2008

Jari Aalto
Lauri Leino

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja
Tekijä/Tekijät		
Jari Aalto & Lauri Leino		
Työn nimi		
Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	30.5.2008	52 + 7
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme käsittelee hoitajien kokemuksia triagen käytöstä Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä. Työmme perustuu pääkaupunkiseudulla käynnissä olevaan päivystyshankkeeseen, jonka tavoitteena on päivystystoiminnan kehittäminen niin, että yhteispäivystyskäyntimäärät vähenevät puoleen nykyisestä ja päivystyspotilaiden hoito on sujuvaa, sekä laadukasta. Hankkeen tavoitteena on luoda päivystykseen uusi toimintamalli, joka turvaa kiireellisen hoidon entistä paremmin sitä tarvitseville.</p> <p>Yksi päivystyksen kehittämisen työväline on päivystyspotilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi eli triage, jota vuorossa oleva kokenut hoitaja toteuttaa paikallisen ohjeistuksen ja kokemuksensa avulla. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa triage-hoitajien myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista. Lisäksi selvitämme triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja järjestelmän kehittämisideat. Aiheesta on tehty maailmalla useita tutkimuksia hoitajien näkökulmasta. Asian tutkimisen tärkeyttä korostaa se, ettei vastaava tutkimusta ole Suomessa aiemmin tehty. Aineisto kerättiin kriittisten tapahtumien tekniikalla ja tulokset muodotettiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimusta varten haastateltiin 12 Peijaksen yhteispäivystyksessä työskentelevää triage -hoitajaa.</p> <p>Myönteisten kokemusten perusteella haastatellut hoitajat pitivät triage -järjestelmää lähtökohtaisesti toimivana työvälineenä. Hoitajat kokivat myönteisenä myös potilasohjauksen tehostumisen ja työyhteisön tuen triagen teossa. Merkittävimmit kielteisiksi kokemuksiksi nousivat kuitenkin näkemyserot, järjestelmään sitoutumattomuus, vastuun kasvu ja koulutuksen puute. Haastattelujen mukaan triage -hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ovat työkokemus, vakuuttavuus, vuorovaikutustaidot ja laaja-alainen osaaminen. Kehitystarpeista tärkeimmäksi nousi koulutuksen lisääminen.</p> <p>Tutkimusta voidaan käyttää tukena triage -koulutuksessa ja kehitystyössä paikallisesti, sekä sovellettuna muihin toimipisteisiin. Triagea tukevan koulutuksen määrää tulisi merkittävästi lisätä ja sen sisältöä tulisi muokata enemmän triage-hoitajan näkökulmaan soveltuvaksi. Mielestämme koulutuksen lisääminen on avainasemassa järjestelmän toimivuutta tehostaessa. Henkilökunnan yhteinen koulutus vähentäisi näkemyseroja työyhteisössä, helpottaisi vastuunottamista triagesta ja edistäisi järjestelmään sitoutumista.</p>		
Avainsanat		
triage, hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi, hoitajien kokemuksia, Peijaksen yhteispäivystys		



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Jari Aalto and Lauri Leino			
Title Triage Nurses Experiences in Emergency Department			
Type of Work Final Project	Date Spring 2008	Pages 52+7	
<p>ABSTRACT</p> <p>Our final project dealt with the use of triage in the HUCH Peijas Hospital's ED. The project is based on a larger programme called the Emergency Services Project (ESP) in the Helsinki Metropolitan Area, Finland. This project is focused on improving the quality of emergency care services provided to the public in the area covered by the project. The main objective of the ESP project is that the patients are treated according to their needs at the right place and at the right time. ESP is also aiming to half ER patients visits.</p> <p>One of the ED development tool brought by the ESP project is a system for assessing urgency of patients' treatment, aka triage. It is used by experienced nurses according to the commonly agreed instructions. The purpose of our survey was to chart nurses' positive and negative experiences of triage. We also asked for the most important abilities of the triage nurses and development ideas for the triage system. There are number of surveys made of the topic from the nurses' point of view on abroad. However, there are no other reseaches on this perspective made in Finland. The material was gathered with critical incident technique and the results were built up by qualitative analyses. For this survey, we interviewed twelve nurses at the HUCH Peijas Hospital's ED.</p> <p>According to the positive experiences the nurses consider the triage system as useful tool. Furthermore, patient guidance and as well as work community support improved. The triage nurses rose different opinions of triage, non-alignment to triage, increase of responsibility and a lack of education as the most notable negative experiences. Along with the interviews nurses consider work experience, credibility and social skills and wide know-how to be the main abities of the triage nurse. The most remarkable developement need was to increase the triage education for the hospital staff.</p> <p>This survey may be used to support triage education and development work locally and, as applied, to other ED's. The amount of triage training should be increased, and the content should be focused more on triage nurse's point of view. We think that triage education is in key position to make triage more effective. Common couses in triage for all hospital staff could reduce different opinions in work community, relieve amount of responsibility as a triage nurse and improve alignment to triage.</p>			
Keywords triage, assessing patient treatment, urgency of patient treatment, nurse experience, Emergency of Peijas			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi	2
2.2 Hoitajien kokemuksia triagen käytöstä	6
2.3 Triagen toteutus Peijaksen yhteispäivystyksessä.....	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	12
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
4.1 Opinnäytetyöhön osallistuvien valinta	13
4.2 Tiedonhankintamenetelmä.....	13
4.3 Aineiston analysointi.....	14
4.4 Opinnäytetyön eettiset kysymykset.....	15
5 TULOKSET	16
5.1 Myönteiset kokemukset.....	16
5.1.1 Järjestelmän toimivuus	16
5.1.2 Potilaan ohjaus ja ohjeistus	18
5.1.3 Työtyytyväisyys	19
5.1.4 Tuki triagessa	21
5.2 Kielteiset kokemukset	23
5.2.1 Näkemyserot	23
5.2.2 Järjestelmään sitoutumattomuus	25
5.2.3 Terveysasemien toimimattomuus.....	26
5.2.4 Vastuunkasvu	28
5.2.5 Koulutuksen puute.....	30
5.2.6 Vuorovaikutus ja hankalat potilastilanteet.....	31
5.2.7 Rakenteelliset ongelmat	34
5.3 Triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet.....	35
5.4 Kehittämistarpeet triage-järjestelmään.....	35
6 POHDINTA.....	37
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	37
6.2 Tulosten vertailu	40
6.3 Tekoprosessi ja työn sovellusarvo	47
6.4 Jatkotutkimukset	48
LÄHTEET	50
LIITTEET	53

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee hoitajien kokemuksia triagesta Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä. Työmme perustuu Helsingin ympäryskunnissa käynnissä olevaan päivystyshankkeeseen, jonka tavoitteena on päivystystoiminnan kehittäminen niin, että yhteispäivystyskäyntimäärät vähenevät puoleen nykyisestä ja päivystyspotilaiden hoito on sujuvaa, sekä laadukasta. Hankeen tavoitteena on luoda päivystykseen uusi toimintamalli, joka turvaa kiireellisen hoidon entistä paremmin sitä tarvitseville. Päivystyshanke alkoi keväällä 2006 ja päättyy syksyllä 2008. Valtio rahoittaa hanketta 75 prosenttisesti ja loppuosan maksavat kunnat yhdessä (Verkkotiedote 1/06: 1). Se on Espoon kaupungin vetämä, ja mukana ovat myös Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Vantaa ja Hyks. (Verkkotiedote 4/06.)

Yksi päivystyksen kehittämisen työväline on päivystyspotilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi eli triage, jota vuorossa oleva kokenut hoitaja toteuttaa paikallisen ohjeistuksen ja kokemuksensa avulla. Triage-ryhmittely on ollut käytössä Peijaksen päivystyksessä loppuvuodesta 2003. (Kantonen 2005: 32.) Opinnäytetyön toimeksiantaja haluaa selvittää triage-menetelmän käytön vaikeudet ja edut Peijaksen yhteispäivystyksessä. Työn tarkoituksena on kerätä hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista. Tutkimusta voidaan käyttää tukena triage-koulutuksessa ja kehitystyössä paikallisesti, sekä sovellettuna muihin toimipisteisiin, joissa menetelmä otetaan käyttöön lähiaikoina. Teemme laadullisen tutkimuksen, jossa käytämme tiedonhankintamenetelmänä kriittisten tapahtumien tekniikkaa.

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia on tehty Suomessa vasta muutaman vuoden ajan ensin Kuopion, Oulun ja Vantaan yhteispäivystyksissä ja nyt laajemmin pääkaupunkiseudulla (Verkkotiedote 4/06: 3). Maailmalla hoitajat ovat käyttäneet triagea jo 1960-luvulta lähtien ja aiheesta on tehty tutkimuksia 70-luvun alusta lähtien (Grossman 1999: 3). Triagea on tehty aina sairaalassa, mutta ei systemaattisesti (Verkkotiedote 4/06: 1, Kantonen 2007: 898). Triagea käsittelevät kotimaiset tutkimukset kuvaavat yksinomaan päivystyksen potilasmääriä, kiireellisyydsasteita, potilaiden odotusaikoja ja asiakastyytyväisyyttä (PAK 2005: 12-16; Miettola ym. 2003: 305-08, 415-18, 539-541, 3108-3110). Suomessa vastaavaa tutkimusta hoitajien kokemuksista hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina ei ole ai-

emmin tehty. Aihetta on tutkittu maailmalla hoitajien näkökulmasta mm. Aasiassa, Amerikassa, Australiassa ja äskettäin Ruotsissakin (Chung 2005; Cone 2002; Fry 2001; Andersson 2006).

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi eli triage tarkoittaa luokittelua laadun mukaan. Se juontuu ranskalaisesta sanasta ”trier”, joka tarkoittaa ”erotella tai luokitella”. (The New Oxford Dictionary 1998: 1976.) Luokittelua on alkujaan käytetty loukkaantuneiden potilaiden ryhmittelyyn luonnononnettomuuksissa tai sodissa (Bruce - Suserud 2005: 201). Luokittelussa uhrit jaettiin perinteisesti kolmeen eri luokkaan tehokkuuden lisäämiseksi. Triage on alun perin keksinyt Napoleonin armeijassa palvellut ranskalainen kirurgi Dominique Jean Larrey. Hänen kehittämällään metodilla haavoittuneet sotilaat arvioitiin ja ryhmiteltiin nopeasti eri kategorioihin vammatyypin ja lääketieteellisen kiireellisyyden perusteella, jotta osattiin kuljettaa selviytymiskelpoisimmat potilaat ensimmäisinä hoitoon. (Beveridge 2000: 1; Grossman 1999: 3.) Triage tuli tunnetuksi laajemmin ensimmäisen maailmansodan aikana. Nykyään triagea käytetään sotilaslääketieteessä, ensihoidon monipotilastilanteissa ja sairaalassa potilaiden hoidon kiireellisyyden määrittämiseen. Sairaalakäyttöön triage otettiin Amerikassa jo 1960-luvulla. Syynä oli potilasmäärän räjähdysmäinen kasvu päivystyksissä lähinnä lisääntyneen huumeiden käytön ja väkivaltarikollisuuden aiheuttamien vammojen vuoksi. Myös nopeasti lisääntynyt kiireettömiä vaivoja valittavien potilaiden määrä joudutti ratkaisun keksimistä päivystyksien ylikuormituksen hallitsemiselle. (Grossman 1999: 3.)

Triagen pääasiallinen tarkoitus on sairaalakäytössä tunnistaa ja arvioida nopeasti kriittiset ja henkeä uhkaavat tilat. Ryhmittely tarjoaa potilaalle tarkoituksenmukaisen ja yksilöllisen hoidon kiireellisyyden arvion. Triagen toinen merkittävä tehtävä on seurata ja hallita poti-

lasvirtaa tehokkaasti, jotta odotusajat lyhenisivät. (Grossman 1999: 3.)

Triage koostuu 3-5 kiireellisyysluokasta, joita merkitään numeroin, kirjaimin tai värikoodin (Beverage 2000: 2-5). Nykyisin triage-systeemi on vakiintuneessa käytössä päivystyshoitajien työkaluna sairaaloiden päivystyksissä maailmanlaajuisesti (Bruce 2005: 201; Göransson-Ehrenberg-Ehnfors 2005: 1068; Zimmermann-Herr 2006: 669, 677, 679, 687). Triagesta ei ole olemassa kansainvälistä yhtenäistä ohjeistoa, vaan siitä on tehty alue ja maakohtaisia sovelluksia yksilöllisin ohjeistuksin. 90-luvulla kehitettiin erilaisia viisipor-taisia ryhmittelymenetelmiä, muun muassa Australasian national triage scale (NTS), Manchester triage guidelines (MTS) ja Emergency service index (ESI) ja Canadian ED Triage and Acuity Scale (CTAS), joita käytetään vaihtelevasti eri puolella maailmaa. Edellä mainittuja menetelmiä on testattu viime vuosikymmenen ajan ja niiden on todettu olevan luotettavampia kuin perinteiset kolmiportaiset järjestelmät. (Zimmermann & Herr 2006: 7, 663-697.)

Tutkimukset käsittelevät triagen ennustavuutta, luotettavuutta, tehokkuutta, potilasturvallisuutta ja odotusajan pituutta. Tutkimuksissa todettiin, että epätarkka luokittelu johtaa huonoon voimavarojen käyttöön ja hoidon aloituksen viipeisiin, jotka saattavat huonontaa kiireellisen potilaan ennustetta. (Considine ym. 2000: 208; Wuerz 1998: 434.) Muun muassa Ruotsissa triagen teossa on tavoitteena, että potilas saa kiireellisyysarvion 10 minuutissa päivystykseen tultuaan (Andersson 2006: 137) ja USA:ssa viidessä minuutissa (Grossman 1999: 7). Traversin (1999: 238-239) ja Gerdtzin & Bucknallin (2000: 558) mukaan arviointiin kuluu todellisuudessa valtaosalta hoitajista tilanteesta riippuen kahdesta minuutista kymmeneen minuuttiin. USA:n päivystyksissä on ollut käytössä täsmennetyn tilannearvion eli triagen lisäksi niin sanottu spot check eli nopea ensiarvio, jonka tekemiseen menee kaksi-kolme minuuttia. Ruuhkatilanteissa menetelmällä seulotaan kriittisesti sairaat potilaat heti hoitoon ilman tarkempaa tutkimista. (Gillboy ym. 1999: 469.)

Suomessa ensihoidon monipotilastilanteessa tapahtuva luokittelu tehdään värikoodin punainen-keltainen-vihreä ja hätäkeskuksen puhelin-triagessa kirjainkoodin ABCD (Castren ym. 2002: 19, 205). Myös sairaala- ja terveyskeskuspäivystykset pääkaupunkiseudulla ja Kuopiossa käyttävät luokitteluunsa kirjainkoodeja ABCD ja lisäksi vielä ryhmää E. A on kiireellisin, ja E on ei-päivystyspotilas, jota kehoitetaan hakeutumaan virka-aikana terveys-

keskukseen tai muun vastaavan päiväaikaisen hoidon piiriin. Suomessa ei ole vielä laadittu yhtenäisiä kriteerejä, minkä vuoksi luokitteluohjeet ovat paikallisten terveyskeskusten vastuulääkärien laatimia. (Kantonen 2007: 898.) Päivystyshanke pääkaupunkiseudulla ja NO-VA- projekti Keski-Suomessa pyrkivät yhtenäistämään luokitteluperusteita päivystyksissä maanlaajuisesti (Verkkotiedote 1/06: 1-2).

Ohjeet ovat suuntaa-antavia ja tulkinnanvaraisia. Se on tarkoituksellista, koska luokittelua suorittaa triage-hoitajaksi nimetty kokenut sairaanhoitaja joka vuorossa. Ryhmittely perustuu pitkälti kokemusperäiseen käsitykseen potilaan lääketieteellisestä hoidontarpeesta ja sisältää niin paljon muuttujia, että siitä on mahdoton laatia yksityiskohtaista ohjetta. Ryhmittely perustuu hoitajan omaan käsitykseen ja tapaan jakaa hoitoaikoja. Suuntaa-antavat ohjeet tekevät luokittelusta sujuvaa ja perustuvat ammattitaitoon, jossa kliininen silmä on tärkein työkalu. (Koulutusmoduuli 1.) Maailmalla ollaan kuitenkin toista mieltä persoonallisesta luokittelusta, koska selkeiden protokollien puutteen on todettu lisäävän hoitajien keskinäisiä näkemyseroja. Hoitajien tulisi pystyä luokittelemaan potilaita nykyistä paremmin ohjeistettuna, jotta potilasturvallisuus ja järjestelmän toimivuus, sekä oikeudenmukaisuus olisivat turvattuja. (Brillman ym. 1995: 498; Considine ym. 2000: 209; Wuerz 1998: 435.) Etenkin kokeneiden hoitajien mielestä tulkinnanvaraisempi ohjeistus mahdollistaa mielekkäämmän työskentelyn. Hoitajat käyttävät ohjeita nuorempina enemmän, mutta kokeneempina enää epäselvissä tapauksissa. (Chung 2005: 210.) Lisäksi triagea tiheästi tekevien ja kokeneiden hoitajien on todettu tekevän enemmän samankaltaisia päätöksiä keskenään kuin kokemattomampien (Considine 2000: 208; Cioffi 1998: 189).

ENA:n (Emergency Nursing Association) suosituksen mukaan turvallista ja tehokasta triagea voi tehdä vain rekisteröitynyt sairaanhoitaja, jolla on tarvittava perehdytys triageen sekä vähintään puolen vuoden kokemus päivystyshoitotyöstä (Zimmerman ym. 2006: 4). Useat tutkimukset hoitajien kokemuksista tukevat suositusta (Cone&Murray 2002: 404; Cioffi 1998; Gilboy 1999).

Hoitajilla tulisi olla kokemuksen lisäksi myös laaja tekninen ja tiedollinen osaaminen, hyvä intuitio, stressinhallinta, riittävät vuorovaikutustaidot ja kykyä yhteistyöhön lääkärin kanssa. Lisäksi hänen tulisi olla empaattinen ja kyetä näkemään, mikä on parasta potilaalle itselleen. (Grossman 1999: 5) Cone (2002: 403) listasi vielä edellisten lisäksi triage-hoitajan

tärkeimmiksi ominaisuuksiksi vakuuttavuuden, itsenäisyyden päätöksenteossa ja järjestelmällisyyden. Hoidon tarpeen kiireellisuuden arvioiminen vaatii hoitajilta itsenäisiä päätöksiä, koska he ovat usein eristettyinä muista vailla vertaistukea. Hoitajat ovat kuitenkin totuneet tekemään päätöksiä yhdessä, harvoin yksin, ja ovat näin varmempia päätöksistään (Gerdz & Bucknall 2001: 551). Hoitajat tekevät usein päätöksensä aikapulan ja kommunikaatio-ongelmien vuoksi epätäydellisin tiedoin ja niukan ymmärryksen valossa potilaan tilasta. Rajoitettu tieto saattaa tosin kuulua triage -prosessin luonteeseen. (Chung 2005: 207.)

Anderssonin tutkimuksessa hoitajat pitivät järjestelmällisyyttä tärkeänä ominaisuutena, jotta samaan ryhmään ei kasautuisi liikaa potilaita ja tarvittaessa ryhmän sisäinen priorisointi olisi vielä hallittavissa. Ryhmittelyn tulisi toimia tapauskohtaisesti, jotta vähemmän kuormitettujen työntekijöiden työpanos tulisi hyödynnetyksi esimerkiksi luokittelemalla niin sanotut rajatapaukset, kuten epäselvä vatsakipu, korkeampaan kiireellisyysryhmään. (Andersson ym. 2006.)

Triage -hoitajat ovat vastuussa myös kaikkien odottavien hoidonsaannista, kunnes resurssi vapautuu. Triage hoitaja voi ohjata kiireettömät potilaat yleislääkärille päiväaikaisen palvelun piiriin, jolloin muiden odottavien hoito nopeutuu. Hoitajalla on kokonaisnäkemys ja vastuu potilasvirrasta, sen sujumisesta sekä osaston kuormituksesta. (Gerdz - Bucknall 1999; 52-53; Fry & Stainton 2005: 215.)

Handyside, Anderssonin (2006: 137) tutkimuksen mukaan, on listannut kolme merkittävintä triage-hoitajien päätöksentekoon vaikuttavaa asiaa. Tärkeimpänä on riittävä kokemus ja kyky arvioida potilaan terveydentilaa lyhyen kliinisen taustatiedon ja tutkimuksen valossa. Toisena on kattava tieto vaikeista vammoista ja patologisista ilmiöistä. Kolmantena hoitajalla on oltava vankka kokemuspohjainen intuitio, joka auttaa häntä näkemään potilaan todellisen kunnon. Ohjeet ovat kautta linjan suuntaa-antavia, ja todellinen päätös nojaa hoitajan kokonaiskäsitykseen tilanteesta (Gerdz ja Bucknall 1999: 53).

Chungin (2005: 207) mukaan Lipshitz (1997) on listannut tutkimuksessaan päätöksenteosta kolme epävarmuuden aiheuttajaa: ymmärryksen puute, tiedon vähyys ja epäselvät vaihtoehdot. Cioffin (1998: 184- 190.) tutkimuksen mukaan epävarmassa tilanteessa triage-

hoitajat perustavat hoidon tarpeen arvioinnin enemmänkin todennäköisyyteen. Jenis ja Mann (1977) Chungin (2005: 207) mukaan ovat määritelleet tutkimuksessaan ns. kuumat ja kylmät päätökset. Kuumat päätökset ovat monimutkaisia ja aiheuttavat epämieluisia tunnepurkauksia sekä henkilökohtaisesta riskistä johtuvaa stressiä. Kylmät päätökset tehdään riskien ollessa minimaalisia, jolloin päätökset perustuvat sääntöihin ja ohjeisiin (Bucknall & Thomas 1996). Esimerkiksi potilaan ohjaaminen muuhun hoitopaikkaan on ”kuuma” päätös, kun taas kuumeisen lapsen lääkehoito kuumetta alentavalla mielletään ”kylmäksi” päätökseksi (Gerdz ja Bucknall 1999: 53).

Kiireellisyysluokat riippuvat hoitajan ryhmittelytavasta, jolloin hoitoajoissa on suuriakin vaihteluita hoitajakohtaisesti (Considine 2000: 201-09). Cioffin (1998: 184-190) tutkimuksen mukaan kokemattomammat triage-hoitajat keräävät tutkimuksen mukaan enemmän tietoa hoidon tarpeen kiireellisyyttä arvioidessaan, kuin kokeneemmat hoitajat. Vähemmän koulutetut hoitajat tekivät enemmän yliluokittelua kuin koulutetut. Syitä voivat olla varovaisuus, harjaantumattomuus triagessa tai muu kokemuksen puute. Kuitenkin Considine (2000: 201-209.) tutkimuksessa hoitajat, joilla oli enemmän triage-vuoroja, yliluokittelivat potilaita herkemmin.

2.2 Hoitajien kokemuksia triagen käytöstä

Hoitajien mukaan kliininen kokemus on tärkeä työkalu hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. (Andersson ym. 2006: 139; Chung 2005: 209; Cone 2002; Cioffi 1998). Fryn (2005: 216-217) Tutkimuksessa hoitajat kokivat hyväksi tutustua päivystyksen eri osiin, potilasryhmiin, hoitajan rooleihin ja toimintoihin. Tällöin he omaksuivat erilaisia toimintamalleja ja kokemusta. Lisäksi kokemus vahvisti yhteenkuuluvuuden tunnetta, antoi laajemman ymmärryksen päivystyksen toimivuudesta ja vahvisti heidän itseluottamustaan kliinisissä taidoissa sekä kognitiivisissa kyvyissä. Kokemuksen ja työpaikan tuntemuksen koettiin selkeyttävän päätöksentekoa ja lisäävän toiminnan tehokkuutta. Myös aikarajoissa pysyminen helpottui ja tasapuolisuuden uskottiin toteutuvan paremmin.

Chungin (2005: 209.) tutkimuksessa hoitajat kokivat, että triage-hoitajan rooli antoi heille itsenäisyyden ja tyytyväisyyden tunteita ryhmittelypäätösten teossa. Tosin Fry (2005: 217.)

havait si tutkimuksessaan, että tiimityöstä pitävillä hoitajille muista eristetty triage-hoitajan rooli nostatti haavoittuvuuden, vastustuksen ja eristyneisyyden tunteita. Tiimin kanssa hoitajat kokivat yhteenkuuluvuuden tunnetta, vaikka muut negatiiviset tunteet eivät mihinkään hävinneetkään.

Chungin mukaan (2005: 209.) hoitajat tunsivat varmuutta triage-päätöksissään työkokemuksen karttumisen myötä. Myös todennäköisyyteen perustuvan päätöksenteon koettiin tuovan hallinnan ja järjestyksen tunnetta triage-hoitajan rooliin (Fry 2005: 216). Cioffin (1998: 189) mukaan todennäköisyysajattelua käytettiin enemmän epävarmassa tilanteessa teorian tiedon ja kokemuksen pohjalta. Kokeneemmat hoitajat luottivat päätöksenteossaan enemmän intuitioonsa, koska heillä oli parempi kokonaisnäkemys potilaan mahdollisista ongelmista.

Anderssonin (2006: 139.) tutkimuksessa kokeneemmat hoitajat toivat turvallisuuden tunnetta tiimiin. Kokemattomat hoitajat kysyvät mielellään neuvoa kokeneemmilta epäselvissä tilanteissa. (Andersson 2006: 139; Chung 2005: 209). Chungin (2005: 209.) tutkimuksessa valtaosa hoitajista oli muuttanut päätöstään useammin, kun he olivat kokemattomampia.

Chungin (2005: 209.) tutkimuksessa hoitajat kokivat kollegoiden asettamat haasteet turhauttavina ja itseluottamusta horjuttavina. Bucknall (1997) havaitsi, että hoitajat/työryhmän jäsenet eivät kovin usein kunnioittaneet tai tukeneet toistensa päätöksiä. Hoitajat kokivat kuitenkin myönteisenä rohkeuden kyseenalaistaa ryhmittelyn tekoa, jos sen peruste jää itselle epäselväksi. Myös rohkeutta vaihtaa tehtyä ryhmittelyä epävarmassa tilanteessa pidettiin myönteisenä ja potilaan etuna. Rohkeus puolustaa omaa ryhmittelyä koettiin tärkeäksi. Hoitajat kokivat kuitenkin, että ryhmittelyn tekijään täytyy pystyä luottamaan. (Andersson 2006: 139.)

Hoitajat kokivat epävarmuutta potilaansa hoidossa, jos eivät tieneet, kuka oli tehnyt priorisoinnin. Tunne kuvattiin myös, kun potilaan tila heikkeni pitkien odotusaikojen yhteydessä, jolloin he tunsivat luokittelun olevan stressaavaa ja riskialtista. Myös rajatapauspotilaiden kohdalla koettiin epävarmuutta. Hoitajat joutuvat joskus luottamaan pelkkään intuitioonsa arvioinnissaan, jos potilaan elintoiminnot näyttävät normaaleilta ja hoitajalle jäi tunne tilanteen todellisesta vakavuudesta. Hoitajat kokivat, että silminnähden vakavat tilanteet

huomataan helpoimmin. Kriittisten potilaiden hoito oli silti hoitajien mielestä stressaavampaa. (Anderssonin 2006: 139.)

Potilaalle, hoitajalle ja organisaatiolle mielletään triage-arvioinnissa liittyvän riski, joka voi johtaa juridisiin jatkotoimenpiteisiin (Gerdtz 1999: 52-53). Chung (2005: 206-213.) kirjoittaa tutkimuksessaan päätösten aiheuttavan stressiä ja aina henkilökohtaisen riskin, joka vaikuttaa eri tavoin hoitajien päätöksentekoon. Chungin mukaan mahdollisesta potilasriskistä aiheutuneen ahdistuksen koettiin voivan vähentää työtehoa. Fryn (2001: 230) mukaan yli puolet hoitajista ilmoitti tuntevansa vähintään kohtalaista ahdistusta triagen teossa. Joillakin hoitajilla on tapana pyöritellä hoidon tarpeen kiireellisyyttä mielessään, ja he epäroïdessaan päätyvät suoraan kiireellisempään luokkaan, jos on pienikin vaara, että potilaan sairaus on vakavampi kuin miltä aluksi vaikuttaa. Esimerkiksi allerginen reaktio voi komplisoitua anafylaktiseksi sokiksi. (Andersson 2006: 139; Chung 2005: 209-210.) Osa hoitajista ryhmitteli rajatapaukset uudelleen ruuhkahuippuina, toiset taas ylikuittelivat epävarmat potilaat suoraan kiireaikoina, ja jotkut hoitajista epäroïivät, koska pelkäsivät päätöksensä kuormittavan liikaa muita kollegoita (Chung 2005: 209). Toisaalta Anderssonin mukaan hoitajat kokivat järkevänä luokitella epävarmoja potilaita kiireellisemmäksi ja ohjata heitä henkilökunnalle, jolla oli vähemmän tekemistä (Andersson 2006: 139). Oireiden kesto vaikutti kiireellisyyteen heikentävästi, jos vaiva oli kestänyt pitkään ilman akuuttia oireistoa. Kova kipu oli monen mielestä peruste ryhmittelyluokan nostoon. (Andersson 2005: 140-141.) Humaanit arvot vaikuttavat hoitajien päätöksentekoon monesti yli todellisen kliinisen tilan vaatiman arviointiluokan. Lapset arvioidaan kiireellisemmiksi inhimillisistä syistä, koska he eivät vielä ymmärrä piinaavan odottelun syytä. Myös käytännön syyt esimerkiksi poliisin saattamat potilaat hoidetaan nopeammin, jotta partio vapautuisi nopeasti muihin tehtäviin. (Andersson 2006: 139.)

Jotkut hoitajista kokivat, että viimeaikaiset merkittävät tai samanlaiset tapaukset ovat pitäneet heidät varuillaan päätöksenteossa. Tämä vireys on auttanut heitä havaitsemaan piilevät ongelmat (Chung 2005: 210). Elintoimintojen arvojen mittaamisen koettiin lisäävän hoitajien varmuutta ryhmittelyn arvioinnissa, vaikka he eivät tavallisesti niitä ottaneet. (Fry 2005:218) Mittauksien on kuitenkin todettu muuttavan hoitajien kiireellisyysluokittelua (Fry ja Stainton 2005: 216; Cooper 2002; Salk 1998: 660). Cooperin (2002:) mukaan muutoksien tarve korostui ns. haavoittuvissa ryhmissä eli alle kolme- ja yli 75-vuotiaiden

kohdalla. Kiireaikoina samoihin luokkiin kertyy runsaasti potilaita, jolloin hoitajien täytyy priorisoida myös luokkien sisällä (Andersson 2006: 140). Potilastungoksen ja työkuormituksen koettiin häiritsevän päivärutiinia, jolloin hoitajien hallinnan tunne, turvallisuus sekä työ hyvinvointi häiriintyivät. (Fry 2005: 218). Luotettavan ja tutun vanhemman lääkärin konsultaatioiden avulla hoitajat kokivat voivansa tehostaa ajankäyttöään potilasturvallisuudesta tinkimättä (Fry 2005: 218; Travers ja Lee 2006: 346).

Fryn ja Burrin (2001:229) tutkimuksessa noin kaksi hoitajaa kolmesta oli saanut jonkinlaista koulutusta triagen tekoon. Valtaosa hoitajista toivoi lisää yksikkökohtaista koulutusta, sillä hoitajat tunsivat epävarmuutta, epäpätevyyden tunnetta ja vähintään kohtalaista ahdistusta triage-hoitajan roolissa (Fry ja Burr 2001: 230; Cone ja Murray 2002: 404). Koulutusten pituudet vaihtelivat puolesta kolmeen luentopäivään (Fry ja Burr 2001: 230). Toisen tutkimuksen mukaan valtaosa hoitajista halusi päivittää lääketieteellisiä tietojaan, jotta he osaisivat arvioida potilaan merkkejä ja oireita paremmin. Moni kuitenkin koki rakentavan palautteen ja kollegiaalisten neuvojen riittävän ammatilliseen kehittymiseen triagena. (Chung 2005: 210.)

2.3 Triagen toteutus Peijaksen yhteispäivystyksessä

Peijaksen sairaala on Vantaan Rekolassa sijaitseva HUS:n sairaala, jonka päivystyspoliklinikan yhteydessä on myös Vantaan terveyskeskuspäivystys. Päivystys on Vantaan ja öisin myös Keravan, eteläisen Tuusulan ja Sipoon Myyraksen 250 000 asukkaan käytössä. Vuonna 2002 Peijaksen ppkl:lle tehtiin yli 54 000 terveyskeskus-päivystyskäyntiä, jonka vuoksi se on valtakunnallisessa vertailussa yksi ruuhkaisimmista päivystyksistä maassamme (Kantonen 2005: 31). Peijas tarjoaa terveyskeskuspäivystystä vuorokauden ympäri. Samoissa tiloissa toimii myös erikoissairaanhoidon päivystys, joka tekee siitä ns. yhteispäivystyksen. Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta on jakautunut päivä- ja iltavuoroissa kolmeen ryhmään: sisätauti-, kirurginen- ja terveyskeskusryhmään. (Kuusela-Louhivuori - Kohvakka – Metsäniitty 2005: 5.)

Triage aloitettiin Peijaksen päivystyspoliklinikalla harjoitusmielessä 1.12.2003. Varsinainen ryhmittely aloitettiin 1.1.2004 alkaen. Ryhmittelyn käyttöönotto katsottiin töiden organisoinnin alaiseksi asiaksi, eikä päätöstä sen aloittamisesta viety sosiaali- ja terveystieteiden lautakuntaan. Peijaksen terveyskeskuslääkäri aloitti ABCDE-triagen käytön terveyskeskuspuolella, alueelle perustettiin terveysneuvontapuhelin Helsingin mallin mukaan, ja hoitajille laadittiin ohjeet, joiden mukaan he saattoivat kirjoittaa tarvittaessa sairaustodistuksia. Päivystyksessä lopetettiin reseptien uusiminen ja PKV-lääkityksien (pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien) määrääminen. Henkilöstölle luotiin toimintaohje triagen käytöstä. (Kanttonen 2005: 31-34.)

”Potilaat tulevat erikoissairaanhoidon joko läheteellä tai ilman lähetettä. Osastosihteeri kirjoittaa sisään läheteellä tulevat potilaat, ja vuorovastaava tarkistaa erikoisalalla ja ohjaa potilaan erikoisalalle. Vuorovastaava arvioi ambulanssilla, ilman lähetettä tulevat potilaat. Arvion tukena on yhdessä perusterveydenhuollon kanssa sovitut kriteerit siitä, milloin potilas on heti erikoissairaanhoidon potilas ja milloin terveyskeskuspotilas.” Vuorovastaavana toimii vuorossa oleva seniorihoitaja, joka vastaa yleisesti erikoissairaanhoidon käytännön hoitotyön toteutuksesta ja koordinoinnista. ”Tarvittaessa vuorovastaava neuvottelee kyseisen erikoisalalla lääkärin kanssa. Potilaan siirtyessä erikoisalalle hänelle nimetään omahoitaja. Sairaanhoidajan vastuulla on saattaa lääkäri tietoiseksi, kuinka kiireellistä hoitoa kukin potilas tarvitsee.” (Kuusela-Louhivuori ym. 2005: 5).

Terveyskeskuksen vastaanotossa omalla kyydillä tulleiden ja kävelevien potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arvion tekee triage -hoitaja myös tarvittaessa päivystävää lääkärää konsultoiden. A-ryhmäläiset siirtyvät suoraan erikoissairaanhoidon, ja B-ryhmäläisistä tehdään puhelinkonsultaatio suoraan erikoisalalla lääkärille, ja ehdotetaan suoraa siirtoa hänelle. Potilaan hoito aloitetaan 10 minuutissa. C- ja D-ryhmäläiset ovat terveyskeskuspotilaita, joiden hoito pyritään aloittamaan tunnin tai kahden sisällä ilmoittautumisesta. E-ryhmään tulovaiheessa sijoitetut eivät tarvitse ensiapuluontoista päivystyshoitoa. Aiemmin lääkäri katsoi potilaat kun päivystyspotilaat oli hoidettu, mutta uuden 18.12.2005 alkaneen käytännön mukaan hoitaja hoitaa, antaa kotihoito-ohjeet ja ohjaa asiakkaan tarkoituksen mukaiseen hoitopaikkaan tarvittaessa terveyskeskuspäivystäjää konsultoiden. Jos hoitajalle ja potilaalle tulee ylitsepääsemätön erimielisyys hoidon tarpeen kiireellisyydestä, pyydetään paikalle päivystävä lääkäri ratkaisemaan ongelma. (Päivystyshanke.) Ensisijaisesti E-

ryhmäläiset pyritään ohjaamaan päiväaikaiseen toimintaan. Lapsipotilaita vältetään sijoittamasta E-ryhmään, ja mikäli ryhmästä on yleisesti epäselvyyttä, potilas luokitellaan aina ylempään ryhmään. Triage vähensi ruuhkautumista ja yleistä sekavuutta päivystyspoliklinikalla. Tyytymättömyyttä ilmeni vain odottavien E-ryhmäläisten osalta. (Kantonen 2005: 31-34)

Hoitaja voi tapauskohtaisesti arvionsa ja yleisohjeiden perusteella tilata jo etukäteen laboratorio- ja röntgentutkimuksia tai ottaa 12-kanavaisen sydänfilmin. Nykykäytännön mukaan tosin röntgenin tilataan vain lääkärin määräyksestä. Lääkäri aloittaa tutkimisen, määrää mahdolliset lisätutkimukset tilattavaksi ja tekee hoitopäätöksen. Hoitaja suorittaa tarvittavat hoidot ja toimenpiteet. Potilas ilmoitetaan hoitavalle osastolle ja siirretään jatkohoitoon osastolle, tai lääkäri kotiuttaa potilaan ja hoitaja antaa tarvittavat kotihoito-ohjeet. (Kuusela-Louhivuori 2005: 6.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa triage-hoitajien myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista. Lisäksi kysymme triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja järjestelmän kehittämistarpeet. Tutkimuksen toivotaan auttavan paikallisen triage-työskentelyn kehittymistä herättämällä keskustelua hoitajien keskuudessa, ja mahdollisesti päivystyshanke hyödyntää esiin nousseita asioita koulutuksissaan.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaisia myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointimenetelmä on nostattanut?
 - Millaiseen tilanteeseen kokemus liittyi?
 - Mitä tunteita tilanne sinussa herätti?
2. Mitkä ovat triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet?
3. Miten hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointimenetelmää tulisi kehittää?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toteuttamista varten otimme ensin yhteyttä Peijaksen päivystyksen osastonhoitajaan. Kerroimme olevamme kiinnostuneita tekemään opinnäytetyömme jostakin päivystysalueen keskeisestä toiminnosta. Osastonhoitaja kertoi meneillään olevasta päivystyshankkeesta ja ohjasi ottamaan yhteyttä sen edustajaan. Kiinnostuimme aiheesta ja otimme yhteyttä hankkeen projektisuunnittelijaan. Sovimme tapaamisen Jorvin sairaalaan päivystyshankkeen tiloihin. Tapaamisessa paikalla oli lisäksi päivystyshankkeen projektipäällikkö, projektisuunnittelija ja opinnäytetyömme ohjaaja koulun edustajana.

Hankkeen projektipäällikkö esitteli tilaisuuden alussa päivystyshanketta yleisesti, minkä jälkeen aloimme pohtia opinnäytetyömme aihetta tarkemmin. Opiskelijanäkökulmasta olimme kiinnostuneita tutkimaan nimenomaan sairaanhoitajan roolia jossakin päivystysalueen keskeisessä toiminnossa. Tältä pohjalta tarkentui työmme aiheeksi haastatella sairaanhoitajien kokemuksia hoidontarpeen kiireellisyyden arviointimenetelmästä. Halusimme täydentää työtämme ja päätimme kysellä haastateltavilta lisäksi triage-hoitajan tärkeimpiä

ominaisuuksia ja kehittämistarpeita järjestelmää silmällä pitäen.

Opinnäytetyön kohteeksi valittiin Peijaksen yhteispäivystys, koska siellä triage-menetelmä oli ollut virallisesti 1.12.2004 lähtien käytössä ja menetelmästä oli ehtinyt karttua hoitajille kokemusta. Otimme yhteyttä Peijaksen päivystyksen osastonhoitajaan ja kysyimme suostumusta haastattelujen suorittamisesta päivystysalueen henkilökunnalle. Tutkimuslupan anoimme HUS:n lupakäsittelystä. Tutkimuslupa-anomus löytyy liitteistä (Liite 3). Haastattelut toteutettiin 19.7- 15.9.2007 Peijaksen päivystysalueen tiloissa.

4.1 Opinnäytetyöhön osallistuvien valinta

Opinnäytetyötä varten haastattelimme 12 hoitajaa, jotka työskentelevät triage-hoitajana Peijaksen yhteispäivystyksessä. Haastateltavaan ryhmään kerättiin sekä kokeneempia triage-hoitajia että vähemmän kokemusta omaavia. Haastateltavalta edellytettiin vähintään puolen vuoden kokemusta päivystystyöskentelystä. Tällä järjestelyllä pyrimme saamaan haastateltavalta ryhmältä mahdollisimman monipuolisia kokemusten kuvauksia tutkittavasta aiheesta (Metsämuuronen 2006: 45-47).

Päivystyksen apulaisosastonhoitajan ystävällisellä avustuksella löydettiin haastateltavaksi soveltuvat henkilöt. Haastatteluun valituille laadittiin kutsukirje, johon samalla toivottiin osallistumisen varmistamiseksi allekirjoitus. Kutsukirje löytyy liiteosiosta (Liite 2). Yhteistyössä päivystyksen osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa katsoimme haastatteluille soveltuvat ajankohdat.

4.2 Tiedonhankintamenetelmä

Opinnäytetyömme pohjaa laadulliseen tutkimukseen, ja tiedonhankintamenetelmänä käytettiin kriittisten tapahtumien tekniikkaa (critical incidence technique), joka on avoimen haastattelun muoto. Avoimilla kysymyksillä pyritään ennakoasenteettomaan ja johdattelemattomaan haastattelutulokseen. Käyttämämme kriittisten tapahtumien tekniikka kehitettiin toisen maailmansodan aikaisten sotilaslentäjien koulutuksessa. Viime vuosina kriittisten

tapahtumien tekniikkaa on käytetty useissa terveydenhuollon laatuun liittyvissä tutkimuksissa. Sosiaali- ja terveysalalla kriittiset tapahtumat ovat hyvin mieleen jääviä ja niillä on erityinen merkitys kokemuksen kuvaajalle. Ne ovat poikkeuksia odotetusta, joko myönteiseen tai kielteiseen suuntaan. (Koponen - Perälä - Räikkönen 2000: 163- 170.)

Haastattelut toteutettiin Peijaksen yhteispäivystyksessä tarkoitukseen soveltuviissa tiloissa. Oleellisena pidettiin, että haastattelutilan tuli olla rauhallinen. Haastattelimme yhtä triage-hoitajaa kerrallaan. Triage-hoitajia pyydettiin kuvaamaan kolme myönteisintä ja kolme kielteisintä kokemusta liittyen hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin. Lisäksi triage-hoitajia pyydettiin kertomaan, mitkä ovat triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja miten he kehittäisivät hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointijärjestelmää. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhat litteroitiin omatoimisesti. Haastattelussa käytettävät kysymykset löytyvät liitteistä (Liite 1).

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa kriittisten tapahtumien tekniikkaa sovellettaessa on kuvattu hoitajien, omaisten ja/tai potilaiden omakohtaisia kokemuksia. Tutkimusaineistoa on kerätty avoimen ja teemahaastattelun avulla, esseekirjoitelmin sekä kyselyissä avoimin ja strukturoiduin kysymyksiin. (Koponen ym. 2000: 163-170.)

4.3 Aineiston analysointi

Haastatteluista kerätty tieto analysoitiin aineistosta lähtien induktiivisesti sisällön analyysillä. Analyysiyksiköksi määritimme vastauksen asiakokonaisuuden. Aineiston analyysiprosessi sisältää aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin, eli käsitteellistämisen. Pelkistäessä erottelemme aineistosta ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin. Ryhmitellessä yhdistämme aineiston pelkistetyistä ilmaisuista ne, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Samaa tarkoittavat ilmaisut muodostavat kategorian, jolle annetaan sisältöä hyvin kuvaava nimi. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä yhdistetään ryhmiteltyjä kategorioita suu-remmiksi asiakokonaisuuksiksi.

Sisällön analyysin avulla pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällön analyysi on paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Tutkimuksen tuloksena muodostamme analyysin pohjalta mallin, käsitejärjestelmän, käsitekartan tai kategorioinnin, joka kuvaa triage-hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista. (Kyngäs - Vanhanen: 1999: 3-11)

Valmiina opinnäytetyömme on kuvaus hoitajien kokemuksista hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista. Työmme kautta triage-hoitajat pääsevät arvioimaan triage-menetelmän toimivuutta ja kertomaan kehittämistarpeista. Opinnäytetyömme tulosten tiedotukseen perehdytään päättötyön loppuvaiheessa, mutta aihetta käsittelevän artikkelin tuottaminen ammattilehteen voisi olla yksi vaihtoehto.

4.4 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Pidimme triage-hoitajien kokemusten kartoittamista hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointimenetelmästä tärkeänä, koska kyseinen menetelmä ja hoitajan rooli sen toteuttajana on uusi käytäntö Suomessa. Aiheen tutkimisen tärkeyttä korostaa se, ettei vastaavaa opinnäytetyötä tai tutkimusta ole ennen tehty Suomessa. Opinnäytetyön tekeminen edellytti riittävää perehtyneisyyttä aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja nykykäytäntöön. Opinnäytetyön haastatteluihin osallistuville triage-hoitajille kerrottiin mistä opinnäytetyössä on kyse ja miksi he olisivat soveltuvia henkilöitä haastateltaviksi. Haastatteluihin osallistuminen oli kuitenkin vapaaehtoista ja haastattelu luvattiin keskeyttää hoitajan niin halutessa. Hoitajista ei kuitenkaan yksikään halunnut keskeyttää haastattelua. Haastatteluihin osallistuville korostettiin heidän nimettömyyden säilymistä ja annettujen tietojen luottamuksellisina pysymistä.

Opinnäytetyön kautta triage-hoitajat saavat mahdollisuuden keskustella kokemuksistaan ja näkemyksistään, mikä lisää heidän tietoisuuttaan itsestään ja omasta tilanteestaan. Haastatteluihin osallistuville triage-hoitajille osoitetaan, että heidän tekemästään työstään ollaan kiinnostuneita ja sitä pidetään tärkeänä. Haastattelusta ei maksettu palkkiota. Haastattelijan roolissa meidän tuli olla objektiivisia ja välttää kannanottoja. (Paunonen - Vehviläinen-

Julkunen 1997: 207.)

5 TULOKSET

Haastattelukysymysten perusteella yläkategorioiksi muodostuivat myönteiset kokemukset, kielteiset kokemukset, triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja kehittämistarpeet triage-järjestelmään. Myönteisille ja kielteisille kokemuksille määriteltiin haastatteluista nousseiden aihealueiden perusteella ilmiötä parhaiten kuvaavat alakategoriat. Haastatellut triage-hoitajat ilmaisivat runsaasti myönteisiä ja kielteisiä ajatuksia ja tunteita, mutta he esittivät vain rajoitetusti yksityiskohtaisia tilanne-esimerkkejä niiden tueksi. Tilanne-esimerkit jäivät lisäksi monesti yleiselle tasolle, jonka johdosta kaikille alakategorioiden aiheille ei ole esittämää havainnollistavaa tilannetta.

5.1 Myönteiset kokemukset

Myönteisten kokemusten alakategorioiksi muodostui järjestelmän toimivuus, potilaan ohjaus ja ohjeistus, työtyytyväisyys ja tuki triagea tehdessä. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä muodostaessa yläkategorioita löytyy liitteistä (Liite 6).

5.1.1 Järjestelmän toimivuus

Hoitajien myönteisistä ajatuksista ja tunteista nousi esiin järjestelmän toimivuuteen liittyviä asioita. Hoitajien mielestä yhteinen luokittelujärjestelmä selkeyttää toimintaa ja helpottaa työntekoa sekä luo oikeudenmukaista objektiivista työtulosta. Ihmiset ohjataan jonoon tai kotiutetaan samoin perustein, jolloin jonotilanne pysyy hallittavana. Lisäksi muut hoitajat pystyvät muutoksen huomatessaan muuttamaan triage-arviota koneelle, josta kaikki näkevät vallitsevan jonotilanteen. Hoitajat pitivät velvollisuudentunteesta (kollegiaalisuudesta) toisiaan kohtaan säännöistä kiinni, jos eivät itse toimineet varsinaisena triagena.

"Jonkunhan siinä triagessa on aina oltava -- et tapahtu se missä vain niin ensimmäinen potilaan yhyttännyt tekee triagea.. et en usko et mistään löytyy hoitajaa joka laittas vaan kylmästi jonoon, et on hyvä et on pelisääntöjä ja ohjeistusta mitä kautta sää teet jotain."

Järjestelmän koettiin tuovan hallinnantunnetta potilasmassaan, kun lääkäri ja hoitajat tietävät kenet otetaan ensin hoitoon triage-hoitajan luokituksen perusteella. Myös ruokailun ajan triagea sijaistava hoitaja pääsee koneella olevien kommenttien avulla perille, minkälaisia potilaita aulassa odottaa.

"et jos tapaan sen potilaan siinä luukulla.. aatellaan joku ruuhkatilanne... ja sit siirtyy odotustilaan.. ja mul ei välttämättä oo siihen potilaaseen mitään kontaktia siitä.. ja siinä saattaa mennä joku aika et pääsen sitä katsomaan.. et jos oon sen kertaalleen katsonu ni voin tavallaan luottaa siihen et se ei jäis sinne.. et se pääsee aikaisemmin sen hoidon piiriin.. mut kyll se kokemattomalle hoitajalle antaa tiettyä tukea.."

Finstar-pohjainen jonokirjausjärjestelmä mahdollisti kollegan käyttämisen apuna mittauksien teossa. Kollega saattoi katsoa koneeltaan hoitajan kommenteista, että tarvitaan verenpainet ja korvalämmöt potilaista x ja y. Työnsä päätteeksi avustava hoitaja kävi lisäämässä listaan mitatut parametrit. Samalla triage saattoi laittaa itselleen muistutuksen, mitä mittauksia pitäisi ottaa. Potilaiden kuvauksien ja statusten näkemistä suoraan yhdeltä näytöltä pidettiin työtä helpottavana tekijänä.

"et oon nähnyt että hoitajat kirjaavat koneelle potilasasiakirjoihin lyhyen kommentin että mittaa RR tai kuumeen joka tekee nimen sen taakse. hirveen hyvä systeemi, mutta se on hirveen vaikeaa tossa luukulla alkaa kirjaamaan sitä ylös.. mutta sekin on varmaan tulevaisuutta, ja siitähän on helpompi lääkärinkin lähteä liikkeelle kun hoitaja on tehnyt sinne ensimmäiset merkinnät."

Haastattelujen mukaan haastateltujen hoitajien myönteiset kokemukset järjestelmän toimivuudesta liittyivät esimerkiksi tilanteeseen, jossa hoitajalta vaaditaan ammatillista osaamista ja vastuuta kommunikaatio-ongelman vuoksi. Esimerkkitilanteessa hoitajan piti tulkin avulla haastatteleamalla saada selville potilaan todellinen vaiva, sen vakavuusaste ja arvioida hoidon kiireellisyys, jottei potilas jäisi jonoon väärin luokiteltuna. Triagen koettiin auttavan hoitajaa analysoimaan tilanteen vakavuutta ja arvioimaan hoidon kiireellisyyttä järjestelmällisesti vaikka tietoa oli saatavilla vielä tavanomaista vähemmän.

5.1.2 Potilaan ohjaus ja ohjeistus

Kokemusten mukaan potilasohjauksen perusteet ja ohjeet ovat selkeytyneet hoitajille järjestelmän kehittyessä. Hoitajat ovat harjoitelleet potilaiden luokittelua Peijaksessa jo vuosia, mutta potilaiden järjestelmällistä muualle ohjausta varten Päivystyshanke on tuottanut hoitajien käyttöön triage-kansion ohjeineen, joka on osaltaan helpottanut työskentelyä. Ohjeet ovat hoitajien kokemuksen mukaan vähentäneet stressiä ja epävarmuutta.

”No ehkä.. no kun miettii vanhaa puolta ja uutta puolta ni silleen.. sul on.. pystyt paljon tarkemmin määrittään ja antaa ohjeet, mitkä on tällä hetkellä, et sää voit olla paljon tomerampi siinä luukulla ku sul ei aiemmin ollu niin selkeetä ohjetta.. et se on muuttunut selkeemmäksi.. et nyt voit antaa potilaalle lapun et tää on ohje ja sen mukaan mennään et ennen oli vähän sillai et otanko vai en..”

Hoitajat kokivat ohjaamisen ja sairaanhoitajan todistusten kirjoittamisen sairaanhoitajalle sopivaksi työksi. Sairauslomatodistuksen kirjoittamiseen on annettu hyvät ohjeet, joiden mukaan on helppoa ja mielekästä kirjoittaa sairauslomaa sitä tarvitseville. Vastuulääkäri on myös pitänyt joitakin osastotunteja ohjauksen perusteista ja tärkeydestä, mikä on koettu hyväksi mutta ei riittäväksi.

”kun tarvitsee sairauslomatodistusta töihin et saa olla pois ni se on mun mielest hyvin sellasta sairaanhoitajalle sopivaa työtä.. et arvioidaan se sairaus ja annetaan kotihoitoohjeet ja kirjoitetaan se yks- kolme päivää sairaslomaa et nehan hoituu... ollaanhan sitä ennenkin pystytty kirjoittamaan sairaanhoitajan todistuksia mut se ei oo ollu niin tavallista ku nyt on et ny sitä ollaan ruvettu enemmän teettämään et siihenkin meil on ihan tarkat ohjeet.”

Hoitajat pitivät työtä helpottavana ja juridisena turvanaan vastuulääkäriin allekirjoittamaa kirjettä, jolla potilasta motivoidaan hakeutumaan ei-päivystyksellisissä vaivoissa omalle terveysasemalleen virka-aikana. Myös mahdollisuus pyytää kiistatilanteessa paikalle lääkäri, joka antaa tukensa hoitajan arviolle, tuo turvallisuuden tunnetta työskentelyyn.

”No nyt on varmaan helpompi kun on suoranaiset perusteet eikä tarvi jäädä väittelemään tilanteesta.. et joku ei vo käsittää miksei hän voi nähdä lääkäriä.. -- et aikasemmin kun oli vielä se D ryhmä niin ei ollut perustetta käännyttää.. et saattoi jäädä odottamaan.. tai onhan nytenkin takaportti et jos potilas ei suostu lähteen niin ohjeet ovat että lääkäri pitää pyytää tilanteeseen toteamaan..”

5.1.3 Työtyytyväisyys

Työtyytyväisyys nousee yhtenä kategoriana hoitajien myönteisistä ajatuksista ja tunteista. Triagen teossa hoitajat kokivat saavansa tehdä itsenäisiä päätöksiä muun muassa ohjaamalla kiireettömiä potilaita perusterveydenhuollon piiriin tai ohjeistamalla ja hoitamalla päivystyksen asiakkaita vaivoissaan. Luokittelussa hoitajat hyödynsivät kokemustaan ja ammattitaitoaan monipuolisesti tutkimalla potilaan, antamalla tarvittaessa ensiapua ja konsultaation perusteella lääkitsemällä heitä.

”ennen ehkä ku on aateltu, et vanhemmat haluaa lapset lääkäriin, ni on laitettu sit vaan jonoon mut ny voi hoitaja sit ottaa vastuuta siin ja päättää, et ohjaakin siin niit vanhempia ja antaa siin hoito-ohjeet... et samat ohjeet ku ennen ois saanu lääkäriltä saakin nyt hoitajalta”

Asiakkaiden ohjaus ja neuvonta nousi esiin etenkin lapsipotilaiden kohdalla. Esimerkkitilanteina kerrottiin lapsille tulleista pienistä haavoista ja lievistä flunssista, jolloin vanhemmille neuvottiin haavojen pesua, tutkimista ja arviointia sekä flunssaoireita helpottavia hoitokeinoja. Toisena tilanne-esimerkkinä oli korvakipuisten lasten vanhempien ohjaus. Ohjauksien tarkoituksena oli opettaa vanhempia arvioimaan päivystyksellisen hoidon tarpeellisuutta. Aikuispotilaat saavat usein riittävän ohjauksen sairaanhoitajalta, sillä useat heistä käyvät vain tarkistuttamassa vointinsa tai kysymässä yleisesti neuvoa tai arvioita esim. haavasta tai flunssasta.

Eräässä tilanteessa ambulanssi toi näytille lieväoireisen perusterveen keski-ikäisen miehen, joka olisi ollut mahdollinen E-ryhmän potilas. Potilaspaikat olivat vähissä, mutta hoitaja kuitenkin päätti ottaa potilaan sisään varmuuden vuoksi. Potilaalta paljastuikin tutkimuksissa kohonneet sydämentsyymit. Tilanteeseen liittyi hoitajan intuitio mahdollisesta oireiden aiheuttajasta.

Muuten rutiininomaiseen työhön koettiin tulevan mielekkyyttä ja hoitajat tunsivat työpanoksensa tärkeäksi, kun he saivat itse ajatella potilaalle parasta ratkaisua vaivan vakavuuden, järjestelmän toimivuuden ja oman ajankäytön puitteissa.

”..triage on vapauttanut hoitajaa siihen, et ite voi tehdä enemmän niitä päätelmiä, eli tavallaan sää voit jo miettiä itse mitä tän potilaan kanssa tekee, et

ei oo pakko laittaa vaan automaattisesti jonoon... pitää miettiä mikä tällä potilaalla on, et tarviiks se hoitoa tänään vai voidaanko sen ohjata jonnekin muualle vai voinko mää antaa sille hoito-ohjeet... se on mun mielest niinku hyvä asia.”

-- jotkut pienten lasten vanhemmat jotkut ovat hyvin tyytyväisiä kun saavat hyvät ohjeet ja mahdollisesti jopa lääkityksen ja pärjäävät seuraavan päivään ja saavat hyvät ohjeet.. ja sit jos on virka-aikaan ni saadaan heidät käännytettyä omalle TAlle suoraan et mä soitan suoraan TAlle ja varaan ajan -- mä koen et pystyn vähän paremmin palvelemaan tätä potilasta tällai.. jos on kauheen kiire ni en mä rupee sitäkään tekemään...

Ei-päivystyspotilaiden ohjaukset tuottavat hoitajille onnistumisen tunteita, kun he saivat välillä potilaan ymmärtämään järjestelmän tarkoituksen. Iloa tuottivat myös tilanteet, joissa potilaat käsittivät hoitajan pyrkivän ratkaisuun, joka olisi heille paras mahdollinen sillä hetkellä.

”Se on tietenkin myönteinen asia et... kun sen asian myös niille ei-kiireellisille tapauksille selittää... kun sinulla joskus on hätätaptaus, ni me pystytään autamaan sinua nopeasti, kun emme ota tälläistä tapauksia jonoon tulppaamaan... ni se ymmärtää miks näin toimitaan ja se on kaikkien etu.”

”.. no sit tuli vähän sellanen olo et ahaa ehkä tää iihminen tajuskin tän jutun et ny se ehkä seuraavalla kerralla tuukkaan sit ihan...-- elikä ehkä tämmöset tilanteet on sit sellasia ku jokku hiffaa..”

Ei-päivystyksellistä hoitoa vaativien potilaiden ohjauksessa oikeisiin hoitopaikkoihin esiintyi esimerkkitilanne, jossa päihteiden vaikutuksen alaisena ollut henkilö halusi katkaisuhoidon yöaikaan. Tämä ei ole päivystyksellinen asia, jolloin potilas onnistuttiin ohjaamaan katkaisuhoidon seuraavana päivänä. Pitkittyneet kiputilat, lievät jänteiden venähdykset tai nyrjähdykset ja päivisin töissä oleminen eivät ole myöskään riittävä peruste päivystykselliseen hoitoon, jolloin potilaat ohjataan päiväaikaisten palveluiden piiriin.

Hoitajien kokemusten mukaan ei-päivystyksellisten potilaiden erottaminen päivystyksellisistä ja onnistunut E-ryhmän potilaiden ohjaus vähentää päivystyksellistä lääkärissä käynnin tarvetta. Työmäärä kevenee ja hoitajat tuntevat pystyvänsä keskittymään paremmin todellisten vaivojen hoitamiseen.

”Kyllähän se keventää tätä meidän päivystystä että tietty potilasmateriaali joka ei päivystykseen kuulu niin ohjautuis niihin oikeisiin hoitopaikkoihin..että ne kiireelliset osattas plokata sieltä..eikä ne jää niihin pitkiin jonoihin notkumaan hurjan pitkäksi aikaa..”

”Tota.. kyllähän siinä tota ku tekee sitä triagea ni pystyy kattoon niitä potilaita joita pystyy ohjaamaan vaikka seuraavana päivänä omalle terveysasemalle... tai antaa sairaanhoitajan todistuksen.. kun se ei sit kuormita niin paljoo... ny heinäkuus oli hyviä tuloksia... niist et on ohjattu sit omalle terveysasemalle..”

Hoitajien kokemusten mukaan järjestelmä lisää potilastyytyväisyyttä mm. vähentämällä odotusaikoja ja kohdentamalla hoitoa oikeille potilaille. Monet vaivat voidaan hoitaa sairaanhoitajan vastaanotolla, jonka joku kollegoista voi järjestää potilaalle hoitajan kommentin perusteella. Hoitajat kokevat palkitsevana, kun potilas kiittää saamastaan palvelusta.

”Mun mielest on kiva tehdä triagee jos sen takia, kun ne potilaat on tyytyväisiä ja ne on yleensä tyytyväisiä just siihen et niitten ei tarvi jäädä ruuhkaselle polille istumaan.”

”..on sit ihmisiä jotka tulee tosissaan vaan varmistaan.. et mitähän täs pitää tehdä.. ni ne saa sen avun siinä ja on kauheen kiitollisia... just joku haavan liimaaminenkin joka on loppupeleissä pikkujuttu... mut asiakkaalle se on hoidettu ja hän on saanu apua siihen vaivaansa..”

5.1.4 Tuki triagessa

Hoitajat kokivat myönteisenä työyhteisön tuen triagen teolle. Positiivisena koettiin kokeiden ja tuttujen lääkärien tuki triagea tehdessä. Yhteistyö koettiin toimivaksi ja työtä tukeväksi järjestelmään sitoutuneiden vakituisesti päivystyksessä työskentelevien lääkärien kanssa, jotka tuntevat ja luottavat hoitajan ammattitaitoon arvioida potilaan kuntoa ja hoitaa asiat puhelimessa tai muuten näkemättä potilasta.

”..lääkärin ja hoitajan yhteistyö tavallaan et hoitaja esittelee sen asian lääkärille ja sit lääkäri näkemättä potilasta..(antaa ohjeet) et tehään yhteistyötä.”

Esimerkkitilanteessa lääkärin ja hoitajan yhteistyö nopeutti potilaan hoitoa päivystyksessä. Nuorehko potilas saapui päivystykseen oireenaan lievä hengenahdistus. Potilaan taustatie-

doista ei löytynyt senhetkisiä oireita selittävää diagnoosia. Yleistila oli kuitenkin hyvä, ja oireet vaikuttivat allergiaperäisiltä. Hoitaja kävi konsultoimassa lääkäriltä avaavaa lääkettä, ja hoidon jälkeen potilas tunsu vointinsa paremmaksi, jonka vuoksi hänen ei tarvinnut jäädä enää päivystykseen odottamaan lääkärille pääsyä. Potilas ohjattiin ottamaan yhteyttä omalle terveysasemalle seuraavana päivänä.

Myönteisenä koettiin myös tilanteet, jossa sairaanhoitajan kirjoittamalla todistuksella nopeutettiin yskä-, nuha- ja flunssapotilaiden päivystyshoitoa ja näin ollen lääkärin työskentelyä voitiin kohdentaa vakavammin sairaille.

Kollegojen tuki päätöksenteossa miellettiin tärkeäksi. Hankalissa ja epävarmoissa potilastilanteissa hoitajat neuvottelivat vuorovastaavan tai muun kokeneen hoitajan kanssa luokitte-luperusteista. Kollegan mielipiteen kuuleminen kiireisessä ja stressaavassa tilanteessa toi varmuutta päätöksenteolle. Jaettu mielipide toi turvallisuudentunnetta muuten itsenäisessä työskentelyssä. Tuki oli tärkeä, vaikka hoitajat tiesivät, että arviota voi muuttaa tilanteen muuttuessakin. Mielipiteen lisäksi hoitajat luottivat siihen, että saivat tarvittaessa kaveriltaan apua vitaalien mittaamiseen. He pystyivät myös luottamaan, että kollegat kirjasiivat tulokset koneelle.

”..voi lähtee miettiin et kuin kiireistä se on... et siin on joku toinen sun ajatuk-sen tukena... et monessa pisteessä se voi perustua... tai sellaseen yleistilan tarkkailuun... et voihan sitä triage muuttaa jos tilanne muuttuu.”

”..et meil on tukena nää hoitajakaverit.. niihin voi luottaa.. et ei siin luukulla oikein voi.. kattoo vitaalit... lämmön... mut ei oikein... et luottaa työkaverei-den apuihin..”

Kollegiaalisuus toteutui siinä mielessä hyvin, että jokainen voi tehdä omalla tyylillään ja seulallaan triagea, eivätkä muut hoitajat puuttuneet siihen. Mielipide-eroja kunnioitettiin vaikka tilanteista ja yhteisistä perusteista/linjanvedoista saatettiin puhua hoitajien kesken.

”No ainahan kaikilla on omat mielipiteensä, miks tää on esim päivystysjonos-sa mut kyllähän se on se haastatteleva henkilö joka tekee arvion..emmä siihen niin kuin sinänsä kaipaa toista henkilö siihen niskan taakse..et toki sit on mu-kavaa et siin on vartija siinä vieressä...tokihan vuorovastaavan kanssa kes-kustellaan myös hankalissa tilanteissa.”

5.2 Kielteiset kokemukset

Kielteisten kokemusten alakategorioiksi muodostuivat näkemyserot, järjestelmään sitoutumattomuus, terveysasemien toimimattomuus, vastuun kasvu, koulutuksen puute, vuorovaihtus ja hankalat potilastilanteet, sekä rakenteelliset ongelmat.

5.2.1 Näkemyserot

Hoitajat kokivat kielteisiksi triagen teossa ilmenevät näkemyserot ja ristiriidat eri ammattikuntien ja ohjeistusten kesken. Pääasiallisesti lääkärien tukea ja yhteistyötä on pidetty toimivana. Kuitenkin uusien epäsäännöllisesti päivystyksessä työskentelevien lääkärien osalta yhteistyössä on ollut ongelmia. Lääkäreiden perehdytys koettiin riittämättömäksi, jonka vuoksi lääkärien linjauserot ja tavoitettavuus vaihtelevat suuresti. Luokittelutaulun lukeminen oli osalle lääkäreistä epäselvää tai käsitys järjestelmän toimivuudesta poikkesi hoitajien linjasta. Hoitajat ovat tottuneet, että lääkäri vastaanotti listalta kiireellisimmät ensin ja aikarajojen puitteissa pystyi ottamaan joitakin kiireettömiä ja pitkään odottaneita D-ryhmän potilaita kiireellisten välissä.

Totutusta poikkeava työskentelytapa aiheutti hoitajille huolta potilaiden odotusaikojen venymisestä ja arvioinnin hankaloitumisesta. Potilaiden hermostuneisuus ilmeni jatkuvina kyselyinä luukulla, joka osaltaan häiritsi työhön keskittymistä. Hoitajien turhautumista aiheutti myös ainainen listan järjestäminen ja kommenttien lisääminen, jotta lääkäri osaisi valita kiireellisimmät tai epävarmat potilastapaukset ensin. Toisinaan lääkärin tavoittaminen on ollut hankalaa, ja hänet on joutunut hakemaan potilasta arvioimaan.

"Kyllä se aavistuksen verran turhauttaa, koska lääkärit jotka eivät osaa lukea sitä.. et jos mä nyt ensimmäisenä törkkään sinne C luokan potilaan mut siellä onkin ollut D potilas 3 tuntia. niin se just tullut 10 minuuttia odottanut C potilas vois vielä hyvin odottaa ja lääkäri vois katsoa sen 3 tuntia odottaneen D potilaan. ja sitten ottais sen C potilaan jonka hoito siltikin hoituis sen tunnin aikana. Et silloin jos lääkäriillä olisi kokemus lukea sitä jonoa, lukea sitä meidän kiireellisyysluokitusta siellä niin hän pystyis sen sieltä tekemään. "

"No sen lääkärin pitäis olla jotenkin...sen pitäisi olla vielä paremmin tavoitettavissa.. -- ja eihän se puhelimes ole se sama arvio et tota.. kyllhän se pitää nähä jos ny puhutaan esim tästä silmä potilaasta siinä mielessä mä ainakin nään sen näin.."

Hoitajat kokivat, että triagen tekemistä hankaloittivat merkittävästi alituisen vaihtuvien lääkärin tietämättömyys tai piittaamattomuus paikallisesta ohjeistuksesta. Hoitajien mielestä lääkärin henkilökohtaiset työtavat, kuten hidas vastaanottonopeus, vaikuttivat arvioinnin tekoon, jolloin tavallisesti kiireellisemmiksi arvioituja potilaita täytyi pudottaa alempaan luokkaan. Tällä menettelyllä triage-hoitaja tarkentaa jonon luokitusta. Jonon jatkuva valvominen on ratkaisevasti lääkäreistä ja resursseista riippuvaista, että sen koettiin aiheuttavan ylimääräistä ahdistusta. Myös yhteistyön puute, joka näkyi potilaiden sisäänottamisena kiistatilanteessa hoitajan näkemyksestä huolimatta, aiheutti turhautuneisuutta hoitajissa. Hoitajat väsyivät kiistelyihin potilaiden kanssa lääkärin aiheuttamien takaiskujen vuoksi.

"Meillä on ongelmana että päivystävä lääkäri vaihtuu paljon ja jokainen niistä on erilainen.. et tuota toiset ottaa helpommin kuin toiset.. et jos oot siinä vaikka ensin itte taistellut viisi minuuttia sen potilaan kanssa.. ja soitetaan lääkärille ja kysytään, ni lääkäri sanoo et pistä tänne, ni on se vähän turhauttavaa.. se että niin kuin jos sä oot lukuun ohjeita ja vaiva ei välttämättä päivystyksellinen ole.. ja oot taistellu sen potilaan kanssa.."

"No joo siis..ei niil o aikaa tul.. et en mä viitti ees soittaa niil et.. aina välil soittaa et mitä mä teen tällasen potilaan kanssa -- oon vaan kuullu kollegoilta et siel on tosi paljon sitä ollu et sit menee pohja.. et soitat ja sit tuleekin vastaukses et jonoon vaan.. kaik työ menee hukkaan."

Haastattelujen mukaan triage-hoitajien kielteiset kokemukset liittyivät esimerkiksi tilanteeseen, jossa triage-hoitajan ja lääkärin välillä oli näkemyseroja potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista. Triage-hoitaja noudattaa annettua ohjeistusta ja keskustelee asiakkaan kanssa pitkään vastaanottoluukulla. Hän pyrkii vakuuttamaan asiakkaalle, ettei vaiva ole päivystyksellinen. Asiakas vaatii lääkärin tapaamista, ja triage-hoitaja päättää kutsua lääkärin tueksi. Päivystyksessä ei ole ruuhkaa, joten lääkäri päättääkin ottaa asiakkaan jonoon, vaikkei vaiva ole edelleenkään päivystyksellinen.

Edellä kerrottu esimerkki kuvastaa myös sääntöjen yhtenäisyyden puutetta. Päivystävien lääkärin välillä on eroja hoitolinjauksissa. Keikkalääkärit eivät välttämättä ymmärrä tria-

ge-järjestelmän toiminnan periaatetta, ja tällöin triage-hoitajalle aiheutuu ylimääräistä työtä jonotilanteen valvomisesta. Sääntöjen yhtenäisyyden puute tulee esille myös tilanteissa, joissa toiset triage-hoitajat ottavat jonoon helpommin kuin toiset. Tilanteet liittyvät usein päivystysalueen ruuhka-aikaan, jolloin triage-hoitajalle aiheutuu painetta kasvavasta haastattelujonosta. Jonon purkamiseksi on helpompaa laittaa lääkärin jonoon kuin ohjata päivystykseen tulleita asiakkaita perusteellisesti.

Kokemusten mukaan nykyiset järjestelmän ohjeistukset, kehitystyöstä huolimatta, ovat riittämättömät potilaiden tilan arvioinnissa. Hoitajien mielestä ohjeistuksista puuttuu oirekuvaukset ja erotusdiagnostisia vinkkejä, joilla hoidon tarpeen kiireellisyyden arviot saataisiin osumaan paremmin kohdalleen. Ympäripyöreät ohjeistukset kiireellisten ja kiireettömien potilaiden kiireellisyyden arvioimiseksi aiheuttavat hämmennystä hoitajien keskuudessa. Ohjeiden väljyys johtaa näkemyseroihin, jolloin toiset tuntevat työn olevan raskaampaa ja toiset kokevat vapautta harjoittaa ammattitaitoaan sen puitteissa. Kokeneemmat hoitajat turhautuivat, jos näkivät jonossa sinne mielestään kuulumattomia potilaita.

5.2.2 Järjestelmään sitoutumattomuus

Järjestelmään sitoutumattomuus oli eräs hoitajien kuvaamista kielteisten kokemusten aihealueista. Järjestelmään sitoutuminen mietitytti hoitajia paljon, koska lääkärin sitoutuminen järjestelmään oli heidän mielestään epävarmaa. Triage-hoitajien mukaan myöskään terveysasemat eivät usein toimi yhteisesti sovittujen sääntöjen mukaan. Alituinen järjestelmän perustelu päivystykseen saapuville potilaille ja lääkärin lipsuminen sovitusta linjasta aiheutti turhautumista ja väsymystä työhön.

Uudemmat hoitajat kokivat, että on vaikea pysyä tomerana ilman tarvittavaa kokemusta. Triagea tehdessä kaikille potilaille pyritään olemaan järjestelmän perustuen tasapuolisia. Triagessa hoidon tarpeen kiireellisyys arvioidaan lääketieteellisin perustein, jolloin niin lapset, kuin vanhemmat ihmisetkin arvioidaan samoin perustein. Osa hoitajista tunsi sympatiaa lapsia kohtaan, jotka eivät potilasryhmänä ymmärrä odottelun syytä. Hoitajat nostivat heitä korkeampaan luokkaan inhimillisistä syistä.

”..esim. lapsipotilaiden kohdalla se tuntuu kyllä pahalta jos siel on se oikein korvatulehdus.. et kyl se vaatii sen antibiootin... et vanhempia on inhottava lähettää kotiin.. kumminki siinä on se et se kipulääke on tärkein... esim se yöaikaan on tullut lapsia ni kyl he voivat odottaa sinne aamuun...--...kyl sen huomaa illalla esim jos tääl on hirveesti potilaita ni kyl pyrkii nostaan niit sin vähä ylemmäs... et pääsis nopeempaa ku aikuinen jaksaa kuitenkin paremmin odottaa että kuitenkin jos ei oo mitään hirveen vakavaa..”

Yhtenä sitoutumattomuuden syynä mainittiin motivaation puute ja haluttomuus tehdä ns. sihteerintyötä hoitotyön sijaan. Raskas työ, uupumus ja huono potilaspalaute johtivat joskus tilanteeseen, jossa kokeneetkin hoitajat kokivat helpommaksi ja vähemmän stressaavaksi kirjoittaa potilaat suoraan jonoon.

”No se ei toimi sit sellasten hoitajien osalta ketä ei halua tehdä sitä ne kokee helpompana laittaa kaikki potilaat jonoon niin onhan se aivan selvä et sulla menee kauemmin sen potilaan kanssa kun sä selität sille ja ohjelmoit sille ehkä jatkohoitoa ja jos sä ohjaat sen täältä pois kuin se et sä klikkaisit sen jonoon, toki siin menee paljon enemmän aikaa, jos sul on kauheen monta viivaa siel sä saatat niin kuin kokee stressii et noi kaikki odottaa tuol ja mä vaan tuuraan tän yhden kans..”

5.2.3 Terveysasemien toimimattomuus

Terveysasemien toimimattomuus nousi yhdeksi aihealueeksi haastatteluissa. Terveysasemat eivät pysty hoitamaan runsasta potilasmäärää virka-aikana, jonka vuoksi osa potilaista ohjautuu ja ohjataan päivystyksellisen palvelun piiriin. Ei-päivystyksellisten potilasmäärien kasvu päivystyksessä aiheuttaa jonoja ja syö resursseja kiireelliseen hoitoon tarkoitetulta hoitopisteeltä. Kiireellisten potilaiden seulominen potilasmassasta lisää triagen työmäärää, koska kiireettömien potilaiden kotiuttaminen ja ohjaaminen vie runsaasti työaikaa. E-ryhmän potilaiden jatkuva ohjaaminen koetaan työlääksi.

”..et tähän on ollut vuosia sellanen Vantaan ylivuotopaikka..lääkäri pulaa paikkaamaan ja sitä aikapulaa paikkaamaan jota tuolla terveystasemilla on.. et kyllä tähän olisi pitänyt puuttua paljon varhasemmassa vaiheessa.. nyt se on hirveen vaikeeta käännyttää ihmisiä.. yritetään saada ihmisille se läpi.. monethan jopa luulee et tää on heidän oma terveystasema.. päivystys pitäis olla päivystys..”

Triage-hoitajan työhön kuuluu olennaisena osana E-ryhmän potilaiden ohjaaminen terveysasemille päiväaikaisen hoidon piiriin. Hoitajat kokivat kuitenkin että ajanvaraus terveysasemille on hankalaa ja aikojen saaminen viivästyy, koska terveysasemat ovat ruuhkaisia. Triage-hoitajien mielestä tilanne aiheuttaa potilaille kohtuutonta siirtelyä hoitopaikasta toiseen, kun terveysasemat eivät kykene hoitamaan potilaita ja päivystävä sairaala ei ohjeistuksiin nojaten ota vastaan. Hoitajat kokivat erityisen epämiellyttäväksi ohjata muualle kaukaa tulleita potilaita, jotka taas eivät saa aikoja omilta terveysasemiltaan.

Triage -hoitajien näkemyksen mukaan terveysasemat kuuluisi laittaa ensin kuntoon, koska vasta sitten järjestelmä alkaa toimia ja on perusteltua ohjata ihmisiä pois päivystyksestä. Hoitajien kokemusten mukaan terveysasemilta tulevien potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyttä ei ole arvioitu lainkaan, tai tiedot on kirjattu ja potilas tutkittu puutteellisesti. Tilanne aiheutti hoitajille ylimääräistä työtä niin kirjauksen kuin potilaan rauhoittelun vuoksi, kun he joutuivat arvioimaan hoidon tarpeen kiireellisyyden uudelleen. Myös potilaan alkuperäinen päivystykseen lähettämisen syy jäi usein epäselväksi.

"...mut mitä tarttis tehostaa on toi terveysasemien pääty.. ainakin tarvis ol jotain tekstiä.. et ei tarvis ol uutta arvioita heti.."

"..on sellasia joita oma terveysasema ei ole viittinyt tutkia vaikka potilas olisi soittanut sinne.. vaan se tulee tänne...-- mut kyl se on hankalaa jos ei ole mihin ohjata.."

Hankaluus myös tulee juuri potilaan kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnissa eli miten nopeasti potilaan tulisi nähdä lääkäri. Hoitajilla ei ole kontrollia, kuinka kauan potilas odottaa, ohjeet annetaan vain että vaivan pahetessa palataan asiaan. Asia aiheuttaa osaltaan vastuukysymyksiä ja juridisiakin ongelmia.

"No on ainakin se homma mikä siis mikä tässä hommassa siis mättää on se että omalle terveysasemalle siis ei saa aikaa et pitäiskö ne terveysasemat laittaa ekana kuntoon enneku tää homma niinku toimii..et ku kuitenkin tulee niit ettei sin saa aikaa.. tikkurilas ei oo aikaa.. tietyt paikat on sellasia.." -- monet on just niit tänne kaikki heti ja ny.. ni ne o sit just et kolmen päivän pääst lääkärin aika on aivan liian myöhään.."

5.2.4 Vastuunkasvu

Yhtenä kielteisten kokemusten aihealueena nousi tunne vastuun kasvusta. Triage-hoitajan työnkuvan koetaan aiheuttavan tavallista enemmän stressiä ja painetta, joka yleisimmin johtuu runsaasta potilasmäärästä. Stressiä aiheuttaa myös informaation vähyys, joka kuuluu triagen luonteeseen, mutta korostuu kiireessä, jossa ei ole aikaa paneutua potilaan aikaisempiin hoitotietoihin. Kiiretilanteessa triage-hoitajan täytyy käsitellä potilaan vaiva sen hetkisen tietämyksen ja potilaan antamien tietojen perusteella. Oletettavasti arvioinnin laatu ja osuvuus heikkenevät kiiretilanteessa.

”..triagen teko tuntuu hankalalta tietysti jos informaatio on vähäistä.. ja ruuhkatilanteet aiheuttaa painetta.. kyl se näkyy siin triagessa jos sul on aikaa.. ni kyl siihen panostaa erilailla..”

Kiireestä huolimatta triage-hoitajan täytyy kyetä hoitamaan potilaan ongelma asiaan perehtyneenä ja osoittamaan kiinnostusta potilaan tilanteeseen, vaikka päivystyksessä olisikin ruuhkainen jonotilanne. Jonon seistessä potilaat hermostuvat silminnähävästi ja tulevat kyselemään odottelun keston syytä. Triage-hoitajat kokevat kovaa stressiä pysyäkseen rauhallisena tilanteessa. Potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arvion ja ohjaamisen kirjaaminen vaatii aikaa ja tarkkuutta hoitajalta, jotta oleelliset asiat tulisi kerrotuksi potilaan käynnistä. Potilaiden kysymykset ja keskeytykset herpaannuttavat hoitajan keskittymistä. Hoitajat ilmaisivat myös huolensa potilasvirran hallittavuuden vaikeudesta etenkin ruuhkapäivinä. Tällöin triage-hoitajan on hankalampi tarkkailla jonossa olevia potilaita.

”..et tos luukullahan se on sitä puhumista et pitää papattaa ku ruuneberg... et on pakko antaa aikaa sil potilaal ja näyttää et sul ei ol mitään kiirettä... et jono seisoo sen aikaa... -- et siin menee paljon aikaa ja siin saa puhua.. ja sun pitää kaikki kirjata sin koneelle et mitä sä teet ja mitä sä ohjaat.. se niikuin vie aikaa..”

”..etenkin ruuhkapäivinä.. ku et sää et oo ajan tasalla kaikista.. hiljasempina päivinä tunnistaa helpommin potilaan.. mut jos on ihan älytön päivä ni ei voi muistaa kaikkia...-- ne potilaat menee siihen aulaan istuun...-- ni sun pitää tietää ketä siellä aulaassa on.. et kelle on tulossa verikokeita et ketä hoidetaan milloinkin..”

Eräs haastatelluista hoitajista kertoi tunteneensa epämiellyttäväksi potilaiden katseet niskaan, kun joutui kävelemään ruuhka-aikana aulan läpi useasti ekg:tä tms. näyttämässä ja neuvoa kysymässä. Hän tunsi syyllisyyttä että ei ehtinyt purkaa jonoa tarpeeksi nopeasti. Myös potilaiden syyllistävät palautteet kohdistuivat hoitajaan, vaikka potilasjonon eteneminen riippuvainen lääkäristä.

"Potilaat ainakin on vähän kiukkusempia..et en mä tie.. no sit ku juokset tossa jotain asioita käyt välillä vaik näyttämässä jotain ekg:tälääkärille.. et onhan se inhottavaa mennä ton käytävän läpi ku kaikki kattoo ja toiset siinä sanoo.. et toikin vaan niinkun kävelee siinä ees taas.. et sit ku on paljon potilaita..."

Vastuuntunne koettiin stressiä aiheuttavaksi vaikeissa tietoa vaativissa tilanteissa, mutta myös yleisesti nopeaa hoitoa tarvitsevien potilaiden kohdalla. Vastuuta ei kuitenkaan haluta ottaa, koska sitä ei ehkä koeta omaksi tai ei haluta astua lääkärin toimialueelle. Vastuukysymyksistä nousivat esille esim. lakiasiat ja auktoriteetin puute. Hoitajat kokevat kuitenkin että heidän pitäisi ottaa enemmän vastuuta, mutta palkkauksen ei koeta vastaavan tehtävän kuvan aiheuttaman vastuun kasvua. Vastuun mukana koetaan tulevan mahdollisuus vakaaviin virheisiin ja juridisiin seuraamuksiin, jotka eivät tunnu riskinoton arvoisilta.

"Selkeemmät pelisäännöt voisi olla.. että kai sitä itsekin esittää asioita siten vähän et tässä on nyt näin ja näin eikä sit sano sitä mitä mieltä mä olen.. et koen jotenkin et se on lääkärin päätettävissä siinä.. et en sen enempää purnaa.. et ehkä sitä tiukkuutta itse kultakin pitäis olla.. meillähän koettaa kovat ajat jos triage tässä vielä tiukkenee..."

"Vastuu kasvaa palkka ei nouse.. paljon helpomaa on laittaa ne kaikki jonoon ja lääkäri arvioi ne.. saman palkan saan jos laitan kaikki jonoon tai tappelen täs potilaan kans.. et et kuuluuks se yöpäivystykseen vai ei.. sit jos sää teekkin jonkun mokan kerran ni sit sil tulee hirveä juttu..."

Triage-hoitajan roolin tuomasta vastuun kasvusta kertoo tilanne, jossa päivystykseen tuli kurkkukipuinen potilas. Triage-hoitaja katsoi kurkkuun, muttei löytänyt sieltä mitään oireita selittävää. Hoitaja pyysi kuitenkin vielä lääkärin arviota. Lääkäri sattui olemaan erikoistumassa korva-, nenä- ja kurkkutautien puolelle, ja hän löysi potilaan nielusta pienen paiseen, josta tuli mätää. Lääkärin mukaan moisen paiseen havaitseminen olisi ollut vaikeaa monelle terveyskeskuslääkärillekin. Potilas teki myöhemmin vielä reklamaation hoitajan arvioinnista.

Poikkeavat potilastapaukset, jotka liittyvät järjestelmän byrokraatiaan aiheuttivat huolta hoitajille. Hoitajat kertoivat useita esimerkkejä, joissa järjestelmän sääntöjen perusteella potilaita siirreltiin hoitopaikkojen välillä. Hoitajat tunsivat sympatiaa potilaita kohtaan, jotka joutuivat vaihtamaan palvelupistettä järjestelmän vuoksi.

"..mitä nää ny on niinku traumapotilaat... nekin ohjataan omalle talle mut toisaalta ne tulee koht meil röntgeniin kuitenkin niin sit tälläses ei nää aina oikein mitään järkeä käännytellä... koska harvas paikas noist on röntgenpalveluja... ja sit joskus mua ihan säälistää ku martinlaaksosta tuolt hevon kuusesta tulee ja sit käännytetään... ajaa kaksnyt kilsaa tän ja sit sanotaan kiitos ei... periaate on se..."

5.2.5 Koulutuksen puute

Negatiivisena kokemuksena ilmaistiin tehtäväkuvan puutteellinen koulutus ja kokemuksen puute. Hoitajat tunsivat toisinaan epävarmuutta arvioidessaan potilaan vaivan kiireellisyyttä. Eräs haastatelluista hoitajista uskoi potilaiden vaivan tulevan arvioiduksi alakanttiin liian usein.

"..et näkeekö potilas lääkärin mihin aikamääreeseen..et se on se häilyvä rajapinta..et vois ehkä enemmän käyttää sitä kiireellisempää..ehkä vähän joskus aristellaan nostaa kiireellisempää.."

Osa haastatelluista kertoi alkaneensa epäillä oman ammattitaitonsa riittävyyttä triagehoitajana. Koulutuksen tarve tulee esiin hoitajien mielestä juuri potilas-hoitaja kiistatilanteissa, jolloin hoitaja arvioi, että tilanne ei ole päivystyksellinen, mutta lääkärin mielestä onkin. Arvion onnistumisen määrittämisen ongelmallisuutta lisää se, että lääkäri saattaa ottaa potilaan, koska hänellä sattuu olemaan aikaa. Hoitaja olisi muuten voinut kotiuttaa potilaan. Hoitajan tiedon määrä ja koulutus voi olla ratkaisevassa asemassa, kun hoitaja soittaa lääkärille konsultaatiota. Se, kuinka vakuuttavasti triagehoitaja esittää asiansa ja näkemyksensä asiasta lääkärille, vaikuttaa potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvion lopputulokseen. Koulutus toisi mahdollisesti yhtenäisen lääketieteellisen kielen lääkärin ja triagehoitajien välille, mikä helpottaisi ymmärrystä ja yhteistyötä osapuolien välillä. Kokemuksen uskottiin tuovan varmuutta ja toimintamalleja hoitamaan potilastilanteet parhaalla mahdollisella tavalla.

"Siis kai jotkut joil on hyvä ammattitaito ni varmaan kokee sen et siinä pääsee toteuttaan itteensä, mut mul ei ammattitaitoo oo vile niin paljoo et tunnen olevani siinä tyhmä koska tien et pärjään tuola muualla ihan hyvin -- sit se on ainoa asia mikä on niin hakusessa koska ei ol tehny sitä työtä..käytännössä koulutukset on niin ja näin..et ihan mututuntumalla.."

"..kyl se tekee tyhjäksi sitä omaaa..et miks tätä sit niin kuin tehdään sitä triagea ja onko tässä oikean koulutuksen omaava henkilö istumassa..pitäiskö sen olla joku korkeammin koulutettu kaveri..yritän kyllä aina keskustella hyvässä hengessä ja myönnellä että varmaan tarvitsetekin lääkäriä muttei niin kuin..ei ole päivystyksellinen asia ja niist tulee erimielisyyksiä..ja yöaikaan pitäis vaan tiukentaa ja tiukentaa sitä määrittelyä et mikä otetaan päivytykselliseen hoitoon.."

Myös kokeneempi henkilökunta kokee jääneensä koulutuksen ulkopuolelle. Etenkin vanhemmat työntekijät kokivat, että heiltä odotetaan ammatillista osaamista triageissa, johon he eivät ole saaneet minkäänlaista koulutusta. He tuntevat pudonneensa kelkasta vuosien varrella, kun koulutus on kohdennettu vain nuoremmalle osalle henkilökuntaa. Uusien asioiden opettelu on jäänyt oman kiinnostuksen varaan ja tietoa on pitänyt hakea kansioista ja netistä. Koulutuksen puutteen koetaan myös aiheuttavan työyhteisön sitoutumattomuutta järjestelmään.

"..ehkä toi koulutus vielä..no sanotaan nyt varsinkin meidän vanhemman henkilöstön kohdalla ni mä koen et me ollaan pudottu kelkasta..et oletetaan et meil on kaikki asiat tiedossa..ei oo vuosiin ollut koulutusta..koulutetaan vaan nuoria.."

"No varmaa ku mää en oo tohon mitään koulutusta saanu et ihan mututuntumalta..et aina vähän kattonu mitkä potilaat kuuluu mihinkin..et se tuntuu vähän hankalalta omasta puolesta et ei ol sitä niin suurta kokemusta viel et osais kaikkea arvioida..täytyy kyllä oma selusta turvata ja lähtee ettiin se lääkäri.."

5.2.6 Vuorovaikutus ja hankalat potilastilanteet

Osa haastatelluista triage-hoitajista koki vuorovaikutuksen hakemisen raskaaksi auktoriteetin ja vakuuttavuuden puutteen vuoksi. Hoitajat kokivat, että heillä ei ole riittävää luontaista ammattiaseman tuomaa auktoriteettia ja vakuuttavuutta. Luottamus täytyy aina rakentaa uudelleen, ja pienikin epäröinti saattaa rikkoa luottamuksen ohjaustilanteessa. Luottamuksen menetyksen myötä tehty työ menee hukkaan, ja hoitajat joutuvat turvautumaan lääkärin

apuun vakuuttavuuden saavuttamiseksi. Hoitajien mukaan nykypäivän potilaat tiedostavat paremmin oikeuksiaan ja ovat mielestään oikeutettuja lääkärin palveluihin valitsemanaan ajankohtana. Potilaat eivät hyväksy sitä, että triage-hoitaja evää, vaikkakin perustellusti, heiltä pääsyn päivystävälle lääkärille, jolloin syntyy konfliktitilanteita.

Esimerkkitilanteessa päivystykseen tuli yöaikaan nuorehko potilas, jolla oli kaulan alueella imusolmuketurvotusta. Potilas oli oireiden takia käynyt jo useamman kerran lääkärissä, ja hänelle oli varattu seuraavalle päivälle korvalääkärin vastaanotto. Turvotus oli potilaan mukaan lisääntynyt alkuyöstä, jonka vuoksi hän tuli päivystykseen. Potilaalla ei ollut hengitysvaikeutta eikä kuumetta. Triage-hoitaja arvioi potilaan yleistilan perusteella, että hoidon tarve oli sillä hetkellä kiireetön. Triage-hoitaja ehdotti potilaalle kotiutumista ja menemistä sovitusti lääkäriin seuraavana aamuna, ja potilas oli tähän myöntäväinen. Potilaan omainen saapui tilanteeseen ja alkoi vaatia välitöntä hoitoa. Oireet tuli tutkia ja selvittää heti. Triage-hoitaja arvioi, ettei kannata alkaa väitellä potilaan ja omaisen kanssa asiasta pidempään. Potilas laitettiin jonoon ja samalla kerrottiin jonon hoitojärjestyksen olevan kiireellisyyden mukainen. Potilas ja omainen odottivat noin tunnin, jonka jälkeen he kyllästyivät ja poistuivat. Omainen kävi haukkumassa triage-hoitajan vielä ennen poistumista.

Yleisen käsityksen mukaan vain lääkärillä on kyky arvioida potilaan tilaa, jolloin hoitajan täytyy hakea luottamus joka kerta henkilökohtaisin taidoin. Hoitajien kokemusten mukaan potilaiden ohjaustilanteen onnistuminen riippuu uskottavuudesta, kuinka hyvin hoitaja saa potilaan itse keksimään yhteistoimin vaihtoehtoja tarjoamalla paras ratkaisu tilanteeseensa. Vaihtoehdot pohjautuvat ohjeisiin, joiden tulkinta on hoitajan harkinnasta kiinni. Potilaan täytyy tuntea, että hoitaja on hänen puolellaan keksimässä parasta ratkaisua ongelman ratkaisemiseksi.

”..et saat sen potilaan uskomaan.. et kyl siin tarvii siin luukulla olla sen potilaan kanssa et sä oot varma mitä sä teet... etkä yhtään epäile siin.. et se on hukkaan mennyt homma jos siin epäilet..”

”..nykypäivänä toi lääketiede on mennyt aikalailla eteenpäin ni ihmiset kuitenkin haluaa kaikkiin vaivoihinsa jonkin diagnoosin tai niin kuin syyn minkä takia.. et se siinä ehkä juuri muodostuu hankalaksi tässä triagessa että sairaa hoitaja.. onko sitä auktoriteettia tavallaan vaikka osaisitkin sanoa tavaltaan..kertoo hoitoohjeita ja tälläi.. et uskotaanko sua.. ja kyllä moni haluaa siinä sen lääkärin tavata.. vaikka sanoisi ettei mitään hätää ole..”

Haastatteluista nousivat esiin hankalat potilastilanteet. Enemmistö haastatteluista triagehoitajista koki hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi-järjestelmän toimivana työvälineenä potilasmäärän ja sitä kautta työmäärän vähentämisessä. Samalla he kärsivät kuunnellessaan negatiivista palautetta hoitoon tyytymättömiltä potilailta, mutta eivät ammattietiikkansa vuoksi tohtineet poiketa säännöistä. Hoitajat tuntevat ikään kuin jäävänsä kahden tulen väliin, jossa tasapainottelu sääntöjen ja potilastyytyväisyyden suhteen on henkisesti hyvin raskasta. Hankalina potilasryhminä mainittiin lapsipotilaat, päihdepotilaat, moniongelmaiset potilaat, silmäpotilaat ja flunssapotilaat. Kokemusten mukaan on hankala arvioida oiretiedostamattomia ja oireitaan liioittelevia potilaita.

"..siihen potilas virtaan liittyen varmaan vähemmän niitä tulee mut kyl se aika närää aiheuttaa tuolla.. et jos sitä jotenkin positiivisek hankkii.. ni kyl se meidän työympäristöön vaikuttaa.. et hoidetaan niitä potilaita.. et tuo mielekkyyttä työhön mut se vaan jotenkin kääntyy negatiiviseksi.. kun oot siinä niitä haukkuja ottamassa vastaan.. välillä.. mut kyl monet taas ymmärtääkin et haluaa kuulla sen.. sen mielipiteen siitä.. vaivastaan.."

"..semmoset potilaat joilla on monta erilaista vaivaa.. eikä osaa itekkään potilas selittää mikä on se pääsyy.. yleensä voi olla vanhempaa porukkaa.. keski-ikäisiä.. saattaa vähätellä sitä omaa.. esim rintatuntemuksia tai muutakin siten.."

Päivystysalueen ongelmana on ihmisten tottuminen päivystyspalveluiden käyttöön kiireetömiensäkin vaivojen hoitoon, josta kiistatilanteet usein aiheutuvat hoidon tarpeen kiireellisyyden arviota tehdessä. Tällainen terveystalvelujen väärinkäyttö esiintyi hoitajien haastatteluissa. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat aiheuttavat jonotus aikojen pidentymistä ja lisäävät työntekijöiden kiirettä, uupumusta ja turhautumista. Osa haastatteluista triagehoitajista on sitä mieltä, että potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi on pääsääntöisesti aikaa vievää, stressaavaa ja uuvuttavaa taistelua.

"No just sellasia et niinku, et tuntuu se on niin usein sitä taistelua tää triage hoitajan homma.. et ihmiset olettaa tänä päivänä et kaiken saa mitä haluaa ja ne pitää terveystalveluja sillee et vaiva ku vaiva ni heti pääsee ja... ehkä mä teen siin hyvän työn lääkäriille mut ois se ollu niin paljon helpompaa laittaa lääkäri taisteleen sen kanssa et pääsis niin paljon helpommalla ku laittaa kaik lääkäriille."

Terveyspalvelujen väärinkäytöstä kertoo esimerkiksi tilanne, jossa päivystykseen tuotiin Keravalta ambulanssilla nuori humalainen vatsakipuinen potilas. Potilasta hoidettiin hyvin asiallisesti ja perusteellisesti. Potilas käyttäytyi erittäin huonosti henkilökuntaa kohtaan koko hoidon ajan. Anamneesista selvisi, että potilas oli ollut jo aiemmin päivällä vatsakipujen vuoksi naistenklinikalla hoidossa eikä tutkimuksissa löydetty mitään. Haastattelusta kävi ilmi, että potilas oli matkalla ystävänsä luokse Helsinkiin. Ambulanssin soittamisella oli ilmeisesti tavoiteltu puoli-ilmaista kyytiä Helsinkiin.

5.2.7 Rakenteelliset ongelmat

Rakenteelliset ongelmat olivat yksi haastateltujen kielteisenä kokema epäkohta. Osa haastatelluista hoitajista kertoi haastattelupaikan nykyisellään olevan epäkäytännöllinen potilaiden vastaanottamiseen. Triage-hoitajien mukaan kaarelta lasipanssarin takaa työskentely vaikeuttaa potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia esimerkiksi vitaalien mittauksen tai fyysisen tutkimuksen osalta. Triage-hoitajien mukaan nykyinen vastaanottopaikka aiheuttaa myös potilaiden yksityisyyden suojan heikkenemistä. Luukulta koväänisen puhumisen uskottiin kuuluvan odotustilaan, ja hoitajat pitivät sitä epämiellyttävänä myös omasta puolestaan.

"..haastattelu paikka on huono..et sää tosta voi tehdä oikein mitään..et jos potilas tulee luukulle vaikka jalka vaivan vuoksi ni et sää siitä luukulta yli kurki.. voi olla paljon yksittäisiä kohtia ihmisillä kipeitä ja sun pitää nähdä ne..esim. joku ruusu ja potilas sanoo hänellä ennenkin olleen.."

"..tuntuu et tossa se on tosi hankalaa siinä on tällä hetkellä saturaatiomittari siinä laatikossa ja lämpömittari..et sä pystyt sen kattoon siitä korvasta..et muuten se on siinä.."

Esimerkkitilanteessa triage-hoitaja joutuu arvioimaan asiakkaan kuvailemaa jalkavaivaa. Haastatteluluukun ylitse on mahdoton muodostaa selkeää kuvaa tilanteesta, joten triage-hoitaja pyytää asiakkaan hoituhuoneeseen. Erillisessä hoituhuoneessa vaivan laatu pystytään arvioimaan tarkemmin. Tilanne edustaa haastattelupisteen rakenteellista kömpelyyttä hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa.

5.3 Triage hoitajan tärkeimmät ominaisuudet

Haastattelujen mukaan triage-hoitajan tärkein ominaisuus on riittävä työkokemus. Tätä mieltä oli puolet haastatelluista hoitajista. Riittävän työkokemuksen omaamisen katsotaan luovan edellytykset triage -hoitajana toimimiselle. Kolmannes triage -hoitajista katsoi, että laaja-alainen osaaminen on merkittävässä osassa triage -hoitajana toimiessa. Hoitajan asiantuntijuus vahvistaa potilaan luottamusta ohjauksen sisältöön

Vakuuttavuuden tärkeyttä korosti lähes puolet triage-hoitajista. Vakuuttavuudella hoitajat tarkoittavat ohjaustilanteessa potilaalle annettavan arvion yksilöllisyyttä ja osuvuutta. Vakuuttavuutta tarvitaan ei-päivystyksellisten potilaiden ohjaamisessa oikean hoitopaikkaan. Vuorovaikutustaidot ovat vakuuttavuuden perusedellytys, ja vuorovaikutustaitojen merkitystä painotti kolmannes haastatelluista. Haastattelujen mukaan erinomaisia vuorovaikutustaitoja tarvitaan etenkin hankalien E-ryhmän potilaiden tai heidän omaistensa ohjaamiseen.

Muita haastatteluissa mainittuja ominaisuuksia olivat tilannetaju, hyvä ulosanti, pitkäjänteisyys, itsevarmuus, oleellisten asioiden löytäminen sekä riittävä kyky ja rohkeus päätöksentekoon.

5.4 Kehittämistarpeet triage-järjestelmään

Triage-hoitajien kehittämistarpeet koskivat koulutusta, triage-haastattelupaikkaa, luokitteluperusteita, terveyspalveluihin ja etenkin triageen liittyvää tiedotusta, triage-hoitajuuteen liittyvien lakiasioden tarkempaa läpikäyntiä, terveysasemien hoidon tarpeen arviointia, sekä hoitajan ja lääkärin välisen yhteistyön kehittämistä.

Kehittämistarpeista useimmin mainittiin triageen liittyvä koulutus, jonka mainitsi valtaosa haastateltua hoitajista. Koulutuksen toivotaan olevan case-pohjaista, luentotyyppistä, pienryhmätyöskentelyä tai niiden yhdistelmää. Koulutuksessa kehittäville keskustelulle halut-

tiin jättää pääpaino. Luentoja toivottiin olevan lääkärivetoisia, ja luennoilla tulisi käydä läpi oirepohjaista diagnostiikkaa, joka edesauttaisi hoidon kiireellisyyden arviointia. Lääkäreiden osallistuminen triage-koulutukseen olisi myös suotavaa. Toivottiin myös erillisen koulutuspäivän yhteyteen liitettävää triage-teemapäivää. Pääasiassa koulutusta toivottiin kuitenkin järjestettäväksi osastotunneilla työaikana.

Osa haastatelluista kertoi, että nykyinen triage-haastattelupaikka on hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa epäkäytännöllinen. Potilaan luokse on hankala päästä ja asiointilukulle on odotustilasta suora näkyvyys, joka estää eettisistä syistä tarkemman tutkimisen. Jos potilaasta täytyy tehdä tarkempi arvio, joudutaan potilas siirtämään kaaren takana olevaan huoneeseen. Kehittämisideana ehdotettiin erillistä haastatteluhuonetta, johon haastateltavat potilaat kutsuttaisiin suoraan jonosta. Erillisessä haastatteluhuoneessa potilaan tilannetta pystyttäisiin arvioimaan suoraan nykyistä arviointipaikkaa tarkemmin.

Muutama haastatelluista triage-hoitajista toivoi luokitteluperusteiden tarkentamista. Nykyiset luokitteluperusteet ovat liian suurpiirteiset, mistä johtuvat näkemyserot potilaiden tilanteista vaikeuttavat potilaiden kiireellisyyden arviointia ja pidentävät potilaiden jonotusajoissa. Luokitteluperusteiden tarkentaminen yhtenäistäisi triage-hoitajien luokitusten tekoa. Eräs ehdotus oli että triage-hoitajien määrää supistettaisiin ja heille annettaisiin samanlainen koulutus, jolloin joukko olisi yhtenäisempi ja hoitajien keskinäiset ja mielipideerot kapenisivat.

Yksi kehittämistarpeista oli terveystietoihin ja etenkin triageen liittyvän tiedotuksen lisääminen tiedotusvälineissä. Päivystykseen saapuva asiakaskunta ei triage-hoitajien mielestä edelleenkään osaa varautua riittävästi hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin ja sen vaikutukseen hoitoon pääsyn jonotusaikoihin. Tämän vuoksi potilaat turhautuvat päivystyksen palveluun.

Lakiasioiden tarkempi läpikäynti oli eräs kehittämistarve. Haastattelujen mukaan triage-hoitajan roolin oikeudellinen vastuu on epäselvä. Potilaiden subjektiivinen oikeus päästä hoitoon päivystykseen aiheuttaa usein kiistatilanteita hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa. Kehitysideana olisi hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin pohjustaminen lakiin.

Kehittämistarpeena esitettiin myös, että terveysasemien hoidon tarpeen arviointiin kiinnitetäisiin enemmän huomiota. Tilanne korostuu niiden potilaiden kohdalla, jotka on ohjattu omalta terveysasemalta päivystykseen. Potilaan tiedoista ei kuitenkaan löydy ohjauksen asiasisältöä tai ohjauksen tehneen hoitajan nimeä. Puuttuva kirjaus aiheuttaa triagehoitajalle ylimääräistä työtä, koska hän joutuu arvioimaan hoidon tarvetta uudelleen. Monesti tilanteesta aiheutuu myös potilaalle harmia, koska kiireettömässä tapauksessa triagehoitaja ohjaa potilaan takaisin perusterveydenhuoltoon.

Erään triage-hoitajan mielestä hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä tulisi kehittää. Hoidon tarpeen kiireellisyyttä arvioidessa on ajoittain tilanteita, joissa lääkärin konsultaatio potilaan hoidosta on tarpeellinen. Tällaisiksi tilanteiksi mainittiin mm. silmävaivapotilaat, joiden oikean hoitopaikan ja kiireellisyyden arviointi on hankalaa. Konsultaation avulla tehostetaan luokittelun toimivuutta ja päivystyksen jonotusaikojen lyhentymistä.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme luotettavuuden kannalta on oleellista pohtia haastattelujoukon valintaa, aineiston keruuta ja analyysiä sekä saatuja tuloksia. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1998: 217.) Opinnäytetyön haastattelujen kohderyhmä pyrittiin valikoimaan mahdollisimman tasapuolisesti kokeneista ja kokemattomista hoitajista. Haastatteluryhmän muodostumista vaikeuttivat kuitenkin työnjaolliset ja rakenteelliset ongelmat, koska oli kesä ja osa hoitajista oli vuosilomalla. Henkilökunnan työkiertojärjestelyjen, henkilökuntapulan ja sairauslomien vuoksi haastatteluihin osallistuneilla hoitajilla oli hyvin sekalainen työkokemus ja koulutus triagesta. Mielestämme haastatelluilla hoitajilla oli kuitenkin riittävä työkokemus sairaanhoitajana toimimisesta ja riittävä ymmärrys hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista.

Aineisto kerättiin määriteltyjen eettisten periaatteiden mukaisesti. Haastattelut toteutettiin Peijaksen päivystysalueen henkilökunnan tiloissa ja nauhoitettiin luottamuksellisesti. Olimme tutustuneet pääasiassa ulkomaisiin lähteisiin, jotka käsittelivät päätöksentekoa. Lähtötilanteessa meillä ei ollut kokemusta siitä, mitä triage-hoitaja tekee käytännössä, jonka vuoksi jouduimme alkuhaastatteluissa kyselemään tarkemmin käytännön työn toteutuksesta. Kun esiymmärryksemme karttui, pystyimme ohjaamaan kysymyksiä tarkemmin aiheeseen. Jo aiemmissa haastatteluissa hoitajien esiintuomiin triagen käytön ongelmiin viijaamista jouduimme tietoisesti välttämään, ja siinä onnistuimme kohtalaisesti. Haastattelukysymyksiä ei ollut ennalta testattu, joten testihenkilöinä toimivat ensimmäiset haastellut triage-hoitajat, joiden haastattelut analysoitiin soveltuvien osien tuloksissa. Haastattelun runkokysymyksiä tarkennettiin tarvittaessa lisäkysymyksillä, jos syntyi vaikutelma, ettei haastateltu ymmärtänyt alkuperäisen kysymyksen tarkoitusta. Haastattelujen edetessä ymmärsimme paremmin triageen liittyviä käytännön yksityiskohtia ja kykenimme keskittymään haastatteluissa voimakkaimmin esiin nousseisiin aiheisiin.

Mielestämme käyttämämme haastattelukysymykset olivat liian avoimia ja vaikeaselkoisia. Tämä ilmeni haastateltujen vaikeutena orientoitua aiheeseen ja vastata kysymyksiin. Kriittisten menetelmien tekniikan tarkoituksena oli tuottaa ensireaktion pohjalta yksityiskohtaisia tilannekuvauksia myönteisestä tai kielteisestä kokemuksesta. Lisäksi pyrimme keräämään haastatellulta kokemuksen esille tuomia ajatuksia ja tunteita (Koponen ym. 2000: 163-170). Ongelmaksi tuli kuitenkin vastausten yleisyys ja tilannekuvausten vähäisyys. Tilanne-esimerkkien vähäisyys johtui oletettavasti joko haastattelutekniikan tuomasta paineesta ja ajanpuutteesta tai triage-vuorojen viimeaikaisesta vähäisyydestä. Mielestämme edellä mainittu näkyi haastatteluissa erityisesti henkilöillä, jotka eivät olleet toimineet triage-hoitajana samalla viikolla kuin haastattelut tehtiin.

Vastikään triagea toimineet hoitajat kykenivät tuottamaan enemmän tilannekuvauksia ja niiden perusteella palauttamaan mieliin aikaisemmin tapahtuneita yksityiskohtaisiakin tilanteita. Haastattelun edetessä myös triagea harvemmin tehneet hoitajat rentoutuivat ja muistivat paremmin esimerkkitalanteita. Riittävän suuri haastattelijajoukko (N=12) takasi riittävän määrän ensireaktiokuvauksia. (Paunonen ym. 1998: 220.) Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt uusintahaastattelu, jolloin haastatelluilla hoitajilla olisi ollut aikaa pro-

sessoida ajatuksiaan. Tutkimustyyliä täytyisi tietenkin tällöin vaihtaa. Haastattelun olisi voinut tehdä teemahaastatteluna, jolloin esiymmärrys aiheesta olisi nostanut aihealueet, ja ensireaktiot olisi kerätty aihealueittain. Teemahaastatteluna tilanne olisi ollut helpompi hallita ja myöhemmin analysoida. Teemat olisivat auttaneet myös haastateltuja hoitajia orientoitumaan aiheeseen. Tilannekuvauksia olisi ollut mahdollisesti enemmän ja ne olivat olleet yksityiskohtaisempia. Haittapuolena olisi ollut mahdollisen uuden teeman tai asian löytäminen. Ongelma olisi ollut tosin poistettavissa kysymällä mahdollisia asioita, jotka eivät istu ennalta määrättyihin teemoihin.

Kriittisten menetelmien tekniikalla tehty avoin haastattelu oli mielestämme ensikertalaisille opinnäytetyöntekijöille hankalaa, koska haastateltujen erilaiset vastaukset vaativat yksilöllisiä tarkentavia kysymyksiä. Tämän takia haastattelut olivat vaikeita hallita, puhui haastateltava sitten paljon tai niukasti. Keskustelua täydentävien kysymysten tuli lisäksi olla objektiivisia, mutta mielestämme lisäkysymykset heikentävät joka tapauksessa ensireaktion merkitystä ja näin ollen luotettavuutta.

Aineiston analysoinnissa on kuitenkin täydentävistä kysymyksistä huolimatta keskitytty ensireaktioihin. Aineisto on kerätty syksyllä 2007, joten sitä voidaan pitää tuoreena ja sovellettavana nykytoimintaan (Paunonen ym. 1998: 220). Koska litteroimme nauhat itse, tunsimme haastattelujen sisällön erityisen hyvin. Tämä vähensi virhetulkintoja ja osaltaan nopeutti aineiston analysointia. Harjoittelujaksomme Peijaksen päivystyksessä lisäsi asian-tuntemustamme triagen käytännön toteutuksessa ja toi kriittisyyttä aineiston analysointiin sekä tulosten arviointiin. Kriittisyydellä tarkoitamme tässä sitä, että kykenimme ymmärtämään laajemmin aineistosta esiin tulleiden kokemusten taustatekijöitä.

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Analyysin luotettavuutta lisäsi kaksinkertainen tarkistusmenetelmä, jossa molemmat opinnäytetyöntekijät analysoivat haastatteluaineiston erikseen, minkä jälkeen saatuja tuloksia verrattiin keskenään. Aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin aihealueittain, minkä jälkeen muodostuivat alakategoriat. Haastattelukysymysten perusteella muodostuivat yläkategoriat. Lukijan kannalta opinnäytetyön luotettavuutta olisi lisännyt pelkistys ja ryhmittelyesimerkkien lisääminen kaikkien tulosten aihealueiden tueksi, mutta katsoimme riittäväksi esitellä yhden pelkistys- ja ryhmittelymal-

lin, joka löytyy liiteosiosta. Tekijöiden mielestä haastatteluaineisto vastaa opinnäytetyölle asetettuja kysymyksiä. (Paunonen ym. 1998: 217-220.)

Aineistosta poimitut suorat lainaukset tukevat kategorioita, mikä lisää tulostemme luotettavuutta ja luokittelun osuvuutta. Olemme tarkastelleet opinnäytetyössämme triagen toteutusta Peijaksen päivystysalueella ja verranneet tuloksia maailmalta kerättyyn aineistoon. opinnäytetyömme tulokset ovat hyvin samansuuntaisia maailmalla saatuihin tuloksiin. Tämän perusteelle uskomme, että vaikka meillä ei ole käytettävänä kokemuseräistä tietoa triagen käytöstä muualla Suomessa, tutkimustuloksia voitaisiin soveltaa muihinkin triagea hyödyntäviin toimipisteisiin kotimaassamme.

6.2 Tulosten vertailu

Haastattelujen mukaan merkityksellisimmät myönteiset kokemukset liittyivät triagejärjestelmän toimivuuteen, potilasohjauksen tehostumiseen ja työyhteisön tukeen triagen teossa. Merkittävimmät kielteiset kokemukset liittyivät näkemyseroihin, järjestelmään sitoutumattomuuteen, vastuun kasvuun ja koulutuksen puutteeseen, joka oli myös useimmin mainittu kehitystarve.

Haastateltujen myönteisistä kokemuksista ilmenee, että hoitajat ovat hyvin sitoutuneita järjestelmän toteuttamiseen, mikä on oleellista järjestelmän toimimisen kannalta. Lähes kaikki haastatellut toivat esiin triage-järjestelmän päivystyksen potilasmäärää vähentävän vaikutuksen. Tulosten mukaan menetelmän avulla hoitajat kykenevät priorisoimaan potilaiden hoitoa järjestelmällisesti. Walshin (1993: 23) tutkimus tukee hoitajien yhteneväistä käsitystä päivystyksen luonteesta ensisijaisesti kiireellisten potilaiden hoitopaikkana. Päivystysalueella työskentelevillä on mielestämme selkeä näkemys ja ymmärrys päivystyspoliklinikan perustehtävästä, minkä vuoksi uusi järjestelmä on nähdäksemme omaksuttu nopeasti ja se on koettu mielekkääksi.

Triagen koettiin selkeyttävän toimintaa ja helpottavan työntekoa sekä tuovan hallinnan tunnetta potilasmassaan. Lisäksi järjestelmän avulla potilaiden kiireellisyysluokituksia voidaan

tarvittaessa muuttaa. Triage on menetelmänä tuonut yhteisiä toimintasääntöjä työyhteisöön, mikä osaltaan lisää työtyytyväisyyttä ja vahvistaa työyhteisön yhteenkuuluvuuden tunnetta. Chung (2005:209) päätyi samanlaiseen tulokseen jo aiemmin: Etenkin kokeneet triage-hoitajat ovat tyytyväisiä itsenäiseen päätöksentekoon, jonka ansiosta kiireelliset tapaukset saadaan nopeasti hoitoon. Havaintomme on myös yhtenäinen ruotsalaisen tutkimustuloksen kanssa, jossa hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että järjestelmän avulla kiireettömiksi arvioitujen potilaiden kohdalla voidaan tehdä uudelleen arviointia järjestelmällisesti (Andersson 2006: 139). Mielestämme konkreettinen järjestelmä mahdollistaa ammatillisen kehityksen, koska siinä on selkeä runko ja määritellyt suuntaa antavat ohjeistot erilaisten tilanteiden hoitamiseksi. Triage mahdollistaa kriittisen keskustelun kollegojen kesken potilaiden kiireellisyysluokituksista, mikä osaltaan voimistaa työyhteisön yhtenäisyyttä ja ammatillisesti laadukasta työskentelyä

Hoitajien kielteisistä kokemuksista tulevat voimakkaasti esiin näkemyserot luokitteluperusteista sekä lääkärien sitoutumattomuus tai epätietoisuus triage-järjestelmästä. Haastattelujen mukaan näkemyserojen syynä olisi lääkärien riittämätön perehdytys tai piittaamattomuus järjestelmän toimintaohjeista. Tämä heikensi yhteistyön ja järjestelmän toimivuutta sekä lisäsi triage-hoitajien työmäärää. Haastattelujen mukaan tämä aiheuttaa hoitajien keskuudessa laajasti tyytymättömyyttä ja stressiä. Osa hoitajista koki myös uupumusta, joka aiheutti järjestelmään sitoutumattomuutta. Brillmanin ym. (1995: 498-499) tutkimuksesta selvisi, että hoitajien ja lääkärien näkemyserot triage-luokitteluissa poikkesivat huomattavasti, vaikka lääkäreillä oli hoitajien tekemät muistiinpanot tukena. Myös lääkärien keskinäiset mielipiteet poikkeavat toisistaan, väittää Foldess ym (1994) Brillmanin ym. mukaan. Näkemyseroja tukee Lowen ym. (1994: 290) tutkimus, jossa lääkärit totesivat hoitokertomuksia tutkiessaan, että kolmannes päivystyksestä muualle ohjatuista olisivat olleet päivystyspotilaita. Eräs syy oheisten tutkimusten valossa olisi hoitajien koulutuksen puute, jonka vuoksi hoitajat eivät osaa huomioida aivan kaikkea potilaan tilaan liittyvää. Zimmerman (2002: 25) onkin korostanut, että hoitajan suurin haaste on arvioida kiireettömien potilaiden kiireellisyttä. Koska on todettu, että hoitajat pitävät helpoimpana akuuttien vaivojen tunnistamista (Andersson 2006). Mahdollisesti myös lääkärien työskentelyn riittämätön tuntemus voi aiheuttaa näkemyseroja.

Lääkäreillä on ammattinsa puolesta totuttu tapa harjoittaa praktiikkaansa omalla tavallaan, mikä saattaa vaikuttaa säännöistä piittaamattomuudelta. Esimerkiksi Chungin ja Anderssonin (2005: 209-210; 2006: 139) tutkimuksesta ei kuitenkaan ilmene vastaavia ongelmia hoitajien ja lääkäreiden välisessä yhteistyössä. Hoitajat eivät myöskään kokeneet itse luokittelunteosta aiheutuvaa stressiä ongelmaksi. Uskomme tuloksien erilaisuuden johtuvan järjestelmän pidemmästä käyttökokemuksesta, tehtävään annetusta koulutuksesta, tehtävään valikoidusta henkilökunnasta ja kokeneista vakituisista järjestelmän tuntevista lääkäreistä. Uskomme lisäksi edellä mainittujen asioiden toimivan kuitenkin vain kokonaisuutena eikä yksittäisinä muutoksentehtävinä.

Haastattelujemme mukaan tyytymättömyyttä aiheutti erityisesti kotiuttamiskelpoisten potilaiden lääkärijonoon ottaminen hoitaja-potilas kiistatilanteesta. Triage hoitajat kokivat, että päätöksen tehnyt lääkäri ei arvostanut heidän mielipidettään tilanteesta. Hoitajien kokemusten mukaan lääkäri ottaa toisinaan mielivaltaisesti jonosta potilaita hoitajan näkemyksistä huolimatta. Lääkäri ei tällöin huomioi tilanteesta tapauksen vaikutusta järjestelmän toimivuuteen. Jos lääkäri tekee päinvastaisen päätöksen kuulematta hoitajan näkemystä asiasta, potilas saa väärän kuvan tilanteesta, hoitajan päämääristä sekä ammattitaidosta. Haastattelujen mukaan erityisesti epäsäännöllisesti tai harvoin päivystyksessä työskentelevät lääkärit ovat ongelmallisia, koska he eivät oletettavasti tunne riittävästi hoitajien osaamista tai eivät ole kiinnostuneita selvittämään työyhteisön toimintatapoja. Tämä on myös varmasti yksi syy näkemyserojen syntymiseen. Työnvälitysfirmojen kautta hankitut tilapäisesti sijaistavat lääkärit saattavat työskennellä vain satunnaisesti tietyssä päivystyspisteessä, jonka vuoksi on kohtuutonta vaatia omaehtoista järjestelmään tutustumista ilman kunnollista perehdytystä. Haastattelujen mukaan osa hoitajista mainitsee sitoutumattomuuden johtuvan myös huonosta potilaspalautteesta ja työn sihteerinomaisesta luonteesta. Fryn (2005: 217) mukaan työn luonteen selventäminen ja jo koulutuksessa sihteerintyön harjoittelu sekä omaksuminen helpottaa työhön orientoitumista. Tällä hetkellä koulutuksessa ei mielestämme käsitellä riittävästi sitä puolta työstä.

Kiireellisyyden arviointi-järjestelmä mahdollistaa kiireettömien potilaiden ohjauksen päiväaikaisen toiminnan piiriin. Potilasmäärien supistuessa hoitajien on helpompi havaita henkeä uhkaavia muutoksia potilaan voinnissa. Samansuuntaisia tuloksia on esitellyt Fry (2005: 215-216) tutkimuksessaan hoitajien roolista vuorovastaavina päivystyspoliklinikalla.

Tulosten mukaan hoitajien hallinnan ja turvallisuuden tunteen sekä hyvinvoinnin koettiin kuitenkin häiriintyvän, jos potilasmassa kasvoi riittävästi. Mielestämme triage hoitaja ei voi vaikuttaa jonotilanteen purkamisnopeuteen, mutta hänellä on merkittävä vaikutus yhteispäivystykseen tulevan potilasmäärän vähentämisessä. Triage-hoitaja joutuu puntaroimaan potilasohjauksesta aiheutuvan henkilökohtaisen riskin ja hallitsemattomaksi kasvavan lääkärionotilanteen välillä. Lääkärin vastaanottonopeus vaikuttaa jonotilanteen ajoittaiseen ruuhkautumiseen, joka purkautuu potilaiden hermostumisena ja jatkuvana kyselynä. Tämä vaikeuttaa hoitajan keskittymistä triagen tekemisessä ja E-ryhmän potilaiden päiväaikaisen toiminnan piiriin ohjaamisessa. Tutkimusten mukaan hoitajien päätöksentekeminen triages- sa vaikeutui potilaiden aiheuttamien keskeytyksien vuoksi (Chung 2005: 210 ja Andersson 2006: 140).

Haastattelujen mukaan lääkärin tavoittaminen luokituksen tueksi puhelimitse oli myös ajoittain hankalaa. Chungin (2005: 210) ja Crouchin & Dalen (1993: 295) tutkimuksesta tuli esiin triage-hoitajien huoli lääkärin tavoitettavuudesta konsultaatiota varten. Tulosten pohjalta ei kuitenkaan selvinnyt huonon tavoitettavuuden syytä. Meille jäi kuitenkin sellainen kuva, että hoitajilta odotettiin rohkeampaa vastuunottoa potilaan arvioinnissa ja kotiuttamisessa. Chungin (2005: 209) tutkimuksessa hoitajat ilmaisevat turhautumisen tunteita kollegojen ja lääkärin asettamien odotusten vuoksi. Etenkin kokemattomat hoitajat tulivat epävarmimmiksi päätöksenteossaan kokiessaan vastuunkasvua ilman riittävää tukea.

Haastattelujen mukaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi järjestelmä on lisännyt hoitajien vastuuta. Tämä korostuu tilanteissa, joissa potilaan vaivan tunnistamiseen tarvittaisiin erikoisalan lääketieteellistä tuntemusta. Anderssonin ym. (2006: 139-140) tutkimuksessa tunnistettiin hoitajien kokemuksia triage arviointiin liittyvistä riskeistä ja uhista. Hoitajat painottivat tiedon tärkeyttä luokittelun tekemisessä. Myös Chungin (2005: 210) tutkimuksessa hoitajat mainitsivat lääketieteellisen osaamisen merkityksen potilaiden oireiden ja löydösten arvioinnissa. Anderssonin ym. (2006: 139-140) mukaan hoitajat uskoivat tiedon puutteen johtavan potilaiden ylikuokitteluun. Opinnäytetyössämme selvisi, että nykypäivän potilaat ovat tietoisempia oikeuksistaan ja reklamoivat herkemmin etenkin hoitajan tekemistä virheistä. Tämä aiheuttaa triage-hoitajille ylimääräistä huolta ja epävarmuutta tekemästään työstä, mikä usein näkyy juuri yli- tai alikuokitteluna. Vaikeissa arviointitilanteissa korostuu tuen tarve, ja varsinkin lääketieteellistä konsultaatiota varten lääkärin tulisi olla

tavoitettavissa. Lääkäreiden antaman tuen puute voi johtua myös liian suuresta työmäärästä suhteessa kliiniseen kokemukseen, mutta myös ymmärtämättömyys hoitajien tuentarpeesta saattaa olla yksi syistä. Mielestämme hoitajilla on myös vastuu oman näkökulmansa ja vastuu kysymysten esiin tuomisesta uudelle lääkärille. Myös johdon tulisi huomioida perehdytystoiminnan merkitys ja mahdollistaa työjärjestelyin aikaa työryhmän keskinäiseen tutustumiseen.

Triage-hoitajien työnkuvaa vaikeuttaa se että järjestelmältä puuttuu juridinen tuki. Hoitajilta puuttuu lain turvaama oikeutus triagen tekemiseen, jolloin potilaan ohjaus päiväaikaisen toiminnan piiriin antaa potilaalle mahdollisuuden kyseenalaistaa hoitajan pätevyys arvion antajana. Nykyinen toimintamalli perustuu päivystyksen sisäiseen työn järjestämiseen. Triagen toimivuutta tehostaisi merkittävästi järjestelmän lakiasetuksiin perustaminen, kuten esimerkiksi Ruotsissa (Göransson ym. 2005: 1073) on tapahtunut. Triage-hoitajan rooli edellyttäisi siis monialaista osaamista, jonka tarpeeseen tulisi vastata runsaalla koulutuksella.

Haastattelujen mukaan triagen koulutus on ollut puutteellista. Lähes kaikki haastatellut ilmaisivat koulutuksen olevan riittämätöntä tehtävänkuvan vaativuuteen nähden. Tilanne korostuu erikoisalan tuntemusta vaativissa vaivoissa, kuten mm. silmävaivoissa ja nielu-paiseissa. Osa haastatelluista hoitajista koki ammattitaitonsa riittämättömäksi kiistatilanteissa potilaan kanssa. Tilanne ilmeni, kun potilas ei vakuuttunut ohjauksen sisällöstä ja paikalle kutsuttu lääkäri oli potilaan kanssa samaa mieltä hoitajan näkemyksestä huolimatta. Vastaavasta ilmiöstä kertoo Fryn ja Burrin (2001: 230) tutkimus, jossa 42 prosenttia haastatelluista hoitajista tunsu epäpätevyyden tunteita triage-hoitajan roolissa.

Haastattelujen mukaan hoitajat pitivät tärkeimpänä kehitystarpeena muodollisen triage-koulutuksen lisäämistä. Myös maailmalla hoitajat ovat ilmaisseet tarvitsevansa lisää koulutusta triagen tekoon. (Cone ja Murray 2002: 404.) Tulostemme mukaan triage-hoitajat toivoivat koulutuksen olevan case pohjaista, luentotyypistä, pienryhmätyöskentelyä tai niiden yhdistelmää. Tärkeänä pidettiin, että koko henkilökunta lääkäreitä myöten osallistuisi koulutukseen. Haastattelutuloksemme ovat samansuuntaisia kuin Fryn ja Burrin (2001: 229) tutkimuksessa, jossa valtaosa hoitajista toivoi triage-koulutuksen olevan yksikkökohtaista työpaikkakoulutusta. Triagen tekemiseen liittyvästä koulutuksen tarpeesta puhutaan

myös Chungin (2005: 206-213.) tutkimuksessa. Tutkimuksessa todetaan, että koulutuksen osalta valtaosa haastatelluista hoitajista halusi päivittää lääketieteellisiä tietojaan, jotta osaisi arvioida potilaan merkkejä ja oireita paremmin. Vähemmistö haastatelluista koki palautteen ja kollegiaalisten neuvojen riittävän. Haastatteluista tuli esiin myös, että kokeneempi henkilökunta kokee jääneensä täysin koulutuksen ulkopuolelle.

Mielestämme triagea tukevan koulutuksen määrää tulisi merkittävästi lisätä ja sen sisältöä tulisi muokata enemmän triage-hoitajan näkökulmaan soveltuvaksi. Triage-hoitajan rooli edellyttää laaja-alaista hoitotyön osaamista, mutta myös asiantuntemusta lääketieteen puolelta. Useissa ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu, että lääkärit ja hoitajat ovat eri mieltä triagen luokitteluperusteista. Erityisesti tämä korostuu kiireettömien potilaiden kohdalla. (Esim. Brillman 1995: 496; Wuerz ja Fernandes 1998: 434.) Yhtenäinen säännöllinen yleislääketiedettä käsittelevä koulutus kaventaishi näkemyseroja nimenomaan lääkärin ja hoitajan välillä. Mielestämme koulutuksen lisääminen on avainasemassa järjestelmän toimivuutta tehostettaessa. Henkilökunnan yhteinen koulutus vähentäishi näkemyseroja työyhteisössä, helpottäishi vastuunottamista triagena ja edesauttäishi järjestelmään sitoutumista.

Myönteisten kokemusten mukaan triage järjestelmä toimii parhaiten, kun haastatellut työkentelivät samassa vuorossa päivystysalueella vakituiseen toimivien lääkärin kanssa. Hoitajien kokemusten mukaan se, että lääkärit tuntevat järjestelmän ja hoitajien työtapoja, helpottaa yhteisien sääntöjen noudattamista. Travers ja Lee (2006: 345-348) ovat todenneet tutkimuksessaan, että kokeneen triage-hoitajan ja kokeneen päivystävän lääkärin yhteistyö on tehokasta, ja sillä on potilasmäärää selkeästi vähentävä vaikutus.

Näkemyksemme mukaan yhteistyön toteutuminen lääkärin kanssa korreloishi myös hoitajan kliinisen hoitotyön ammattitaitoon ja kokemukseen. Tämä ilmenee hoitajan ja lääkärin yhteistyössä siten, että hoitaja esittäishi kokemuksen pohjalta perustelun päätöksilleen, jonka perusteella lääkäri on joko samaa tai eri mieltä asiasta. Lääkärin tulee hoitajan perusteiden pohjalta vakuuttua arvion oikeellisuudesta. Kokemuksen tuoma kliininen ammattitaito lisää hoitajan uskottavuutta. Mielestämme henkilökemioilla hoitajan ja lääkärin välillä on myös ratkaiseva merkitys yhteisiä päätöksiä muodostaessa. Kokeneemmat triage hoitajat kokivat yhteistyön lääkärin kanssa helpommaksi. Oletettavasti asia johtuu ammattitaidosta ja triagen syvemmästä ymmärryksestä.

Opinnäytetyömme mukaan haastatellut nimesivät triage-hoitajan tärkeimmäksi ominaisuudeksi riittävän työkokemuksen, mikä on todettu jo useissa ulkomaisissa tutkimuksissa. (Andersson ym. 2006: 139; Chung 2005: 209; Cone ja Murray 2002; Cioffi 1998). Tutkimuksessamme haastatellut nimesivät muiksi tärkeiksi triage-hoitajan ominaisuuksiksi vakuuttavuuden, vuorovaikutustaidot ja laaja-alaisen osaamisen. Conen ja Murrayn (2002: 403) tutkimuksessa ilmenevät vastaavat ominaisuudet lukuun ottamatta vakuuttavuutta. Tulostemme perusteella haastatellut tunnistavat yhtäläisiä triage-hoitajan ominaisuuksia niin ulkomailla kuin Suomessakin. Vakuuttavuus oli ainoa ominaisuus, jota ei ulkomaisissa tutkimuksissa mainittu. Tämä saattaa johtua siitä, että ulkomailla triage-hoitajan vakuuttavuutta lisää merkittävästi triagen perustuminen lakiin.

Haastattelutulosten perusteella voidaan todeta, että triage on lähtökohtaisesti toimiva työmenetelmä, ja hoitajat ovat sitoutuneet toimintaperusteisiin hyvin. Erityisen myönteistä on potilasohjauksen tehostuminen ja kehittyminen, mikä tuo mielekkyyttä triagen tekoon. Triage-järjestelmä yhdistää työyhteisöä ja vahvistaa päivystysalueen perustehtävää. Opinnäytetyömme mukaan triagen toimintaa kuitenkin heikentävät työyhteisön sisäiset näkemyserot potilaiden kiireellisyyden luokituksista ja niistä johtuva järjestelmään sitoutumattomuus. Hoitajat ilmaisivat myös huolensa tehtäväkuvan merkittävästä vastuunkasvusta ilman riittävää koulutusta.

Triage on osoitettu toimivaksi työvälineeksi maailmalla ja sitemmin myös Suomen päivystysalueilla, joten sen systemaattinen käyttö tulee yleistymään päivystyksissä. Potilaiden luokitteluperusteiden tiukentumisesta on ollut keskustelua opinnäytetyömme aikana. Tulevaisuuden luokitteluperusteiden tiukentuminen asettaa haasteita lääkärin ja hoitajien yhteistyön tehostamiselle. Eräs ratkaisu olisi lääkärin aktiivisempi osallistuminen potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin etulinjassa yhteistyössä kokeneen triage-hoitajan kanssa. Ulkomaisissa tutkimuksissa tällä järjestelyllä on havaittu vähentävän päivystykseen hakeutuvia potilaita jopa 30-50 prosenttia. (Esim. Travers ym. 2006: 346; Terris ym. 2003: 540; Subash ym. 2004: 543.) Lisäksi se lisää potilasturvallisuutta merkittävästi. Triage-hoitajan roolin haasteisiin voisi Suomessa tulevaisuudessa vastata sertifikaattityyppisellä koulutuksella, jossa tuettaisiin erityisesti hoitajien lääketieteellistä osaamista. Triage voidaan hyödyntää myös arviointimenetelmänä työnkehityksessä. Triagen avulla voitaisiin

arvioida systemaattisesti hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi luokitusten oikeellisuutta esimerkiksi vertaisarvioinnin avulla, ja näin kehittää arviointitaitoa. Arviointivälineitä on testattu mm. Australiassa, jossa tietokonepohjainen kuvilla varustettu koulutuspaketti toi huomattavasti suuremman yhdenmielisyyden kuin perinteinen paperiprinttiharjoitus.

6.3 Tekoprosessi ja työn sovellusarvo

Opinnäytetyömme aiheen muodostaminen lähti liikkeelle siitä, että halusimme perehtyä akuutin hoitotyön ympäristössä johonkin sairaanhoitajan työn keskeiseen toimintoon. Otimme yhteyttä Peijaksen päivystysalueen osastonhoitajaan, joka kertoi meneillään olevasta päivystyshankkeesta. Tämän jälkeen otimme yhteyttä päivystyshankkeen projekti-suunnittelijaan ja sovimme tapaamisen Jorvin sairaalaan. Opinnäytetyömme lopullinen aihe muotoutui yhteistyössä päivystyshankkeen kanssa, josta erityiskiitos hankkeen projekti-suunnittelijalle Jari Simoselle. Aihe oli kiinnostava ja esiymmärryksemme kasvoi, kun osallistuimme päivystyshankkeen koulutusmoduleihin Jorvin sairaalassa. Tutkimuslupa järjestyi poikkeuksellisen nopeasti, josta kiitos kuuluu kesällä 2007 HUS:n tutkimuslupa asioista vastanneelle Leif Holmlundille.

Haastattelut toteutettiin Peijaksen yhteispäivystyksen tiloissa 19.7-15.9.2007 välisenä aikana. Henkilökunta otti opinnäytetyön vastaan äärimmäisen myönteisesti ja tahdomme kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita hoitajia, sekä haastatteluja varten työnjärjestyksellisistä asioista vastanneita apulaisosastonhoitajia ja osastonhoitajaa. Tahdomme myös kiittää hyödyllisestä harjoittelujaksosta Peijaksen yhteispäivystyksessä.

Opinnäytetyön tekoprosessi on ollut haastava, mutta samalla hyvin opettavainen, ja opinnäytetyömme myötä olemme oppineet tekemään pienen haastattelututkimuksen. Työtä varten olemme lukeneet runsaasti kirjallisuutta ja tutkimuksia ja jos tulevaisuudessa tekisimme uuden tutkimuksen samasta aihepiiristä, olisi sen aloittaminen huomattavasti helpompaa. Triagen käyttöä Suomessa ei ole tutkittu, joten triageen liittyvä lähdemateriaali on pääsääntöisesti ulkomaisia tutkimuksia. Ulkomaisen lähdemateriaalin etsiminen, kääntäminen ja niistä teorian muodostaminen oli hyvin aikaa vievää, kuten oli myös suhteellisen suuren otantajoukon haastattelunauhojen omatoiminen litterointi.

Lämmin kiitos kuuluu myös opinnäytetyömme ohjaajalle Taru Ruotsalaiselle, joka on tunkenut työskentelymme eri vaiheita. Olemme sitä mieltä, että sosiaali- ja terveystieteiden amk:n opinnäytetöitä tulisi voimakkaammin markkinoida eri yhteistyötahoille. Opinnäytetöitä, varsinkin tutkimusten sisältöä, voitaisiin kohdentaa myös paremmin tarvetta vastaaviksi, jos niihin osallistuisi molempien osapuolten työntekijöitä. Esimerkiksi kokenut sairaanhoitaja tarjoaisi kokemuksellisen tietonsa opiskelijoiden käyttöön ja toimisi niin sanottuna mentorina. Mielestämme yhteistyötahojen tehokkaampi mukaan ottaminen nostaisi myös sosiaali- ja terveystieteiden amk tasoisten opinnäytetöiden arvoa sille tasolle, mikä sille nykyisen haastavuuden perusteella kuuluu.

Opinnäytetyötämme voidaan käyttää tukena triage-koulutuksen suunnittelussa ja kehitystyössä paikallisesti sekä sovellettuna muihin toimipisteisiin. Opinnäytetyömme tulokset ovat hyvin samansuuntaisia maailmalla saatuihin tuloksiin. Tämän perusteella siis uskomme, että vaikka meillä ei ole käytettävänä kokemusperäistä tietoa triagen käytöstä muualla Suomessa, tutkimustuloksia voitaisiin soveltaa muihinkin triagea hyödyntäviin toimipisteisiin kotimaassamme. Opinnäytetyömme toimii myös kantatutkimuksena triageen liittyvien hoitajien kokemusten kartoittamisessa.

6.4 Jatkotutkimukset

Opinnäytetyömme kartoittaa laaja-alaisesti hoitajien kokemuksia hoidon tarpeen kiireellisuuden arvioinnista Peijaksen päivystyksessä. Selvitys on laatuaan ensimmäinen Suomessa, joten tuloksille ei ole kotimaista vertailukohtaa. Jatkotutkimustarpeina olisivat mm. vertailu muihin yksiköihin, päätöksenteon kartoittaminen triageissa ja koulutustarpeiden tarkempi syvennys, koulutus ja mahdollinen toimintatutkimus vaikuttavuudesta.

Vastaavan opinnäytetyön tai tutkimuksen toteuttaminen muihin toimintayksiköihin toisi vertailupohjaa tuloksillemme. Erityisen mielenkiintoista olisi vertailla tuloksia Jorvin ja Peijaksen päivystysalueiden välillä. Päivystyshanke koulutti Jorvin henkilökuntaa Peijaksesta saatujen käytännön kokemusten pohjalta keväällä 2007, jolloin triage aloitettiin myös Espoon puolella. Triage otettiin käyttöön myös terveyskeskuksissa ja –asemilla ympärys-

kunnissa. Perusterveydenhuollon hoitajia on tulostemme mukaan syyllistetty osittain järjestelmään sitoutumattomuudesta ja siksi olisi kiinnostavaa tutkia miten terveyskeskusten henkilökunta kokee muutoksen muuttaneen työkulttuuria perusterveydenhuollossa.

Ulkomailla on tehty useita tutkimuksia päätöksenteosta triagessa hoitajien kokemana. Katsonne aiheellisiksi jatkotutkimuksiksi myös Suomessa hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin päätöksen tekoon liittyvät tutkimukset hoitajien näkökulmasta. Päätöksenteko on triagen keskeinen osa-alue, ja sen toteutuksesta nimenomaan hoitajan kannalta tulisi saada lisätietoa. Hoitajien päätöksenteon luonne triagessa on dynaamista, ja tulevaisuuden tehtäväkuvien muutokset korostavat sairaanhoitajan päätöksenteon merkitystä. Koulutuksen kannalta on oleellista päätöksentekoon liittyvien asioiden selvittäminen myös Suomessa niin hoitajien kuin lääkäreidenkin osalta. Liitteenä aiheeseen soveltuvaa kirjallisuutta (Liite 8).

Peijaksen päivystysalueen toiminnan kehittämisen kannalta olisi hyvä kehittää triagekoulutusta ja kouluttaa henkilökuntaa aktiivisesti. Toimintatutkimuksella voitaisiin arvioida koulutuksen vaikuttavuutta ja onnistuneisuutta. Tutkimuksen tarve on erityisen merkittävä, koska yhteispäivystys on muuttunut luonteeltaan. Päivystys toimii rakenteellisesti yhteisissä tiloissa, mutta terveyskeskuspäivystyksen puoli on yksityisen palveluntarjoajan alaisuudessa. Järjestelyt ovat mahdollisesti vaikuttaneet triagen toteutukseen ja päivystysalueen yhteistyöhön HUS:n ja yksityisen välillä.

LÄHTEET

- Andersson, AK – Omberg, M – Svedlund, M 2006: Triage in the emergency department-a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*. May-Jun; 11 (3), 136-145.
- Bruce Karin – Suserud, Björn-Ove 2005: The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*. Jul-Aug; 10 (4), 201-9.
- Beveridge, R 2000: The science of Triage. <<http://www.saem.org/download/kelly.pdf>> Luettu 2.5.07.
- Brillman JC - Doezema D – Tandberg, D – Sklar, DP – Davis, KD – Simms, S – Skipper, BJ 1996: Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Annals of Emergency Medicine*. Apr; 27(4), 493-500.
- Castren, Maarit – Kinnunen, Ari – Paakkonen, Heikki – Pousi, Jouni – Seppälä, Juhani – Väisänen, Olli 2002: *Ensihoidon perusteet*. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Chung, Josephine Y.M. 2005: An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and Emergency Nursing*. Oct; 13 (4), 206-13.
- Cioffi J 1998: Decision making by emergency nurses in triage assessments. *Accident and Emergency Nursing*. ct; 6 (4), 184-91.
- Cone KJ, Murray R 2002.: Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*. Oct 28 (5), 401-6.
- Considine, Julie – Ung, Lerma – Thomas, Shane 2000: Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. *Accident and Emergency Nursing*. Oct; 8 (4), 201-9.
- Cooper, RJ – Schriger, DL – Flaherty, HL – Lin, EJ – Hubbell, KA 2002: Effect of vital signs on triage decisions. *Annals of Emergency Medicine*. Mar; 39 (3), 223-232.
- Crouch - Dale 1994: Identifying feelings engendered during triage assessment in the A&ED: the use of VAS. *Journal of Clinical nursing* 3 (5), 298-297
- Fry, M – Stainton, C 2005.: An educational framework for triage nursing based on gate-keeping, timekeeping and decision-making processes. *Accident and Emergency Nursing*. Oct; 13 (4), 214-9.
- Gerditz, MF – Bucknall, TK 2001: Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing*. Aug; 35 (4), 550-61.

- Gerditz, M – Bucknall, T 2000: Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Sep-Nov;18 (1), 24-33.
- Goransson, KE – Ehrenberg, A – Ehnfors, M.2005: Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing*. Oct;14 (9), 1067-74.
- Grossman, VGA 1999: Quick reference to triage. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kantonen, Jarmo – Kauppila, Timo – Kockberg, Irma 9/2007: Päivystyksen organisatiomuutokset vähensivät lääkäriissäkäyntejä – Kokeilu Vantaan terveystieteiden päivystyksessä. *Suomen lääkirilehti* vsk 62: 897- 901.
- Kantonen, Jarmo 2005: Ensiavun tungos hallittavissa. *Kunnallislääkäri* nro 1/2005 vsk 20: 31-34.
- Kent, Michael 1998: The oxford dictionary of sports science and medicine. Oxford : Oxford University Press.
- Koponen, Päivikki - Perälä, Marja- Leena - Räikkönen Outi: Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä - metodinen tarkastelu. *Hoitotiede* no 4/2000 vol. 12.
- Kuusela-Louhivuori, Päivi – Kohvakka, Ulla – Metsäniitty, Juhani 2005: PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITOPROSESSI PEIJAKSEN SAIRAALAN PÄIVYSTYSPOTILAELLA. <www.hus.fi >. Luettu 10.5.2007. HYKS, Peijaksen sairaala. Laatuksoulutus HQ 5.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* no. 1/1999 vol 11.
- Lipshitz - Strauss 1997: Coping with uncertainty: a naturalistic decision-making analysis. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*; 69 (2), 149-163.
- Manchester triage group 2005: Emergency triage. Manchester. Blackwell BMJ Books.
- Metsämuuronen, Jari 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Miettola, Juhani – Halinen, Matti – Lipponen, Pertti – Hietakorpi, Seppo – Kaukonen, Mirja – Kumpusalo, Esko 2003: Kuopion yhteispäivystystutkimus: Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain. *Suomen lääkirilehti* 200; 58: 305-308.
- Miettola, Juhani – Halinen, Matti – Lipponen, Pertti – Hietakorpi, Seppo – Kaukonen, Mirja – Kumpusalo, Esko 2003: Kuopion yhteispäivystystutkimus: Kuopion yhteispäivystyksen yleislääkäripäivystyksen käyntisyys ja konsultaatiot. *Suomen lääkirilehti* 200; 58: 415-418.

- Miettola, Juhani – Halinen, Matti – Lipponen, Pertti – Hietakorpi, Seppo – Kaukonen, Mirja – Kumpusalo, Esko 2003: Kuopion yhteispäivystystutkimus: Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? Suomen lääkärilehti 200; 58: 593-541.
- Miettola, Juhani – Halinen, Matti – Lipponen, Pertti – Hietakorpi, Seppo – Kaukonen, Mirja – Kumpusalo, Esko 2003: Kuopion yhteispäivystystutkimus: Asiakastytyväisyys. Suomen lääkärilehti 200; 58: 3008-3110.
- Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K 1998: Hoitotieteen tutkimusmetodikka. WSOY
- PAK 2006: Perusterveydenhuollon toimintatapojen arviointi ja kehittäminen (PAK). Espoon ja Oulun kaupunkien yhteishanke 16.6.2003-30.11.2005. Loppuraportti. Espoon kaupunki.
- Salk, ED – Schriger, DL – Hubbell, KA – Schwartz, BL 1998.: Effect of visual cues, vital signs, and protocols on triage: a prospective randomized crossover trial. *Annals of Emergency Medicine*. Dec;32 (6), 655-64.
- Travers, D 1999: Triage: How long does it take? How long should it take? *Journal of Emergency Nursing*. 25: 238-240.
- Travers, JP – Lee, FC 2006.: Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *European Journal of Emergency Medicine*. Dec;13 (6), 342-8.
- Verkkotiedote 1/06: Päivystyksen uudet tuulet. <www.hus.fi/paivystyshanke>. Luettu 11.5.07.
- Verkkotiedote 2/06: Päivystyksen kesäraapaisuja... <www.hus.fi/paivystyshanke>. Luettu 11.5.07.
- Verkkotiedote 4/06: Päivystys hoitaa kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat. <www.hus.fi/paivystyshanke>. Luettu 11.5.07.
- Walsh, M. 1994: A Study of the Attitudes of A & E staff towards patients. *Accident and Emergency nursing*; 2: 27-32.
- Zimmermann, Polly – Herr, Robert 2006: Triage nursing secrets. St. Louis; USA. Mosby, inc.
- Zimmermann, Polly 2002: Guiding Principles at Triage: Advice for New Triage Nurses. Chicago. USA. *Journal of Emergency nursing*

LIITTEET

Liite 1

HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Kuvaa kolme hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioon liittyvä myönteistä kokemusta
 - Millaiseen tilanteeseen se liittyi?
 - Mitä tunteita tilanne sinussa herätti?
2. Kuvaa kolme hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioon liittyvää kielteistä kokemusta
 - Millaiseen tilanteeseen se liittyi?
 - Mitä tunteita tilanne sinussa herätti?
3. Mitkä ovat triage -hoitajan tärkeimmät ominaisuudet?
4. Miten kehittäisit hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointijärjestelmää?

Liite 2

TIEDOTE TYÖNTEKIJÖILLE

Tutkimus hoitajien kokemuksista triagen eli hoidon tarpeen kiireellisyyden kiireellisyyden arvioinnin käyttäjinä.

Olemme Stadian AMK:n sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme tutkimusta triagen käyttökokemuksista Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä. Tarvitsemme elokuun alkupuolella 10-15 hoitajaa kertomaan kokemuksiaan triage-hoitajina. Edellytämme vähintään puolen vuoden kokemusta päivystystoiminnasta ja triage-kierrosta. Tutkimus tehdään yksilöhaastatteluina avoimin kysymyksin 19.7.-30.9.2007. Nauhoitamme keskustelut ja analysoimme ne litteroinnin jälkeen. Takaamme täydellisen anonymiteetin ja luottamuksellisen aineiston käsittelyn. Hävitämme aineiston analysoinnin jälkeen. Haastattelu kestää noin tunnin ja suoritetaan työajalla. Haastattelusta voi kieltäytyä vielä haastattelupäivänä. Tutkimukseen osallistumalla pääset vaikuttamaan osaltasi paikallisen triage-käytännön ja mahdollisen koulutuksen kehittämiseen. Halukkaat voivat ilmoittautua osastonhoitajalle. Kiitos jo etukäteen!

Työn ohjaaja on Taru Ruotsalainen:

taru.ruotsalainen@stadia.fi

puh. 09 310 81 707; 050 370 1878

Ystävällisin terveisin

Jari Aalto ja Lauri Leino

Tutkimus hoitajien kokemuksista triagen eli hoidon kiireellisyyden arvioinnin käyttäjinä.

Olemme Stadian AMK:n sairaanhoitajaopiskelijoita ja haluaisimme tehdä tutkimuksen triagen käyttökokemuksista Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä. Olemme sopineet päivystyshankkeen projektipäällikön Ricardo Menezesin kanssa, että työ on osa hanketta ja edistää osaltaan triage-käytännön yhtenäistämistä ja tunnettavuutta. Keräämme tietoa yksilöhaastatteluin ja kartoitamme hoitajien hyviä ja huonoja kokemuksia hoidon kiireellisyyden arvioijina. Suomessa ei ole aiemmin tehty vastaavaa tutkimusta. Päivystyshanke toivoo saavansa vastauksia triagen käytön ongelmakohtiin ja pyrkii keventämään yhteispäivystyksen kuormitusta toimivalla hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointijärjestelmällä. Hankkeen eräs tavoite on kehittää hoitajien triage-taitoja.

Olemme olleet yhteydessä myös yhteispäivystyksen osastonhoitajaan Päivi Lindstedtiin ja hänen sijaisiinsa Sirpa Sormuseen ja Susanna Juutiseen. Myös terveystieteiden päivystyksen apulaisosastonhoitaja Anja Kajanen on tietoinen projektistamme. Tarvitsemme 10-15 sairaanhoitajaa kertomaan kokemuksistaan triage-hoitajina. Haluaisimme tehdä haastattelut 19.7.-30.9.2007 välisenä aikana työajalla. Haastattelisimme enintään neljää hoitajaa päivän aikana yksilöhaastatteluina kiireajankohdat huomioiden. Nauhoitamme keskustelut ja analysoimme ne litteroinnin jälkeen. Takaamme täydellisen anonymiteetin ja luottamuksellisen aineiston käsittelyn. Hävitämme aineiston analysoinnin jälkeen.

Työn ohjaaja on Taru Ruotsalainen:

taru.ruotsalainen@stadia.fi

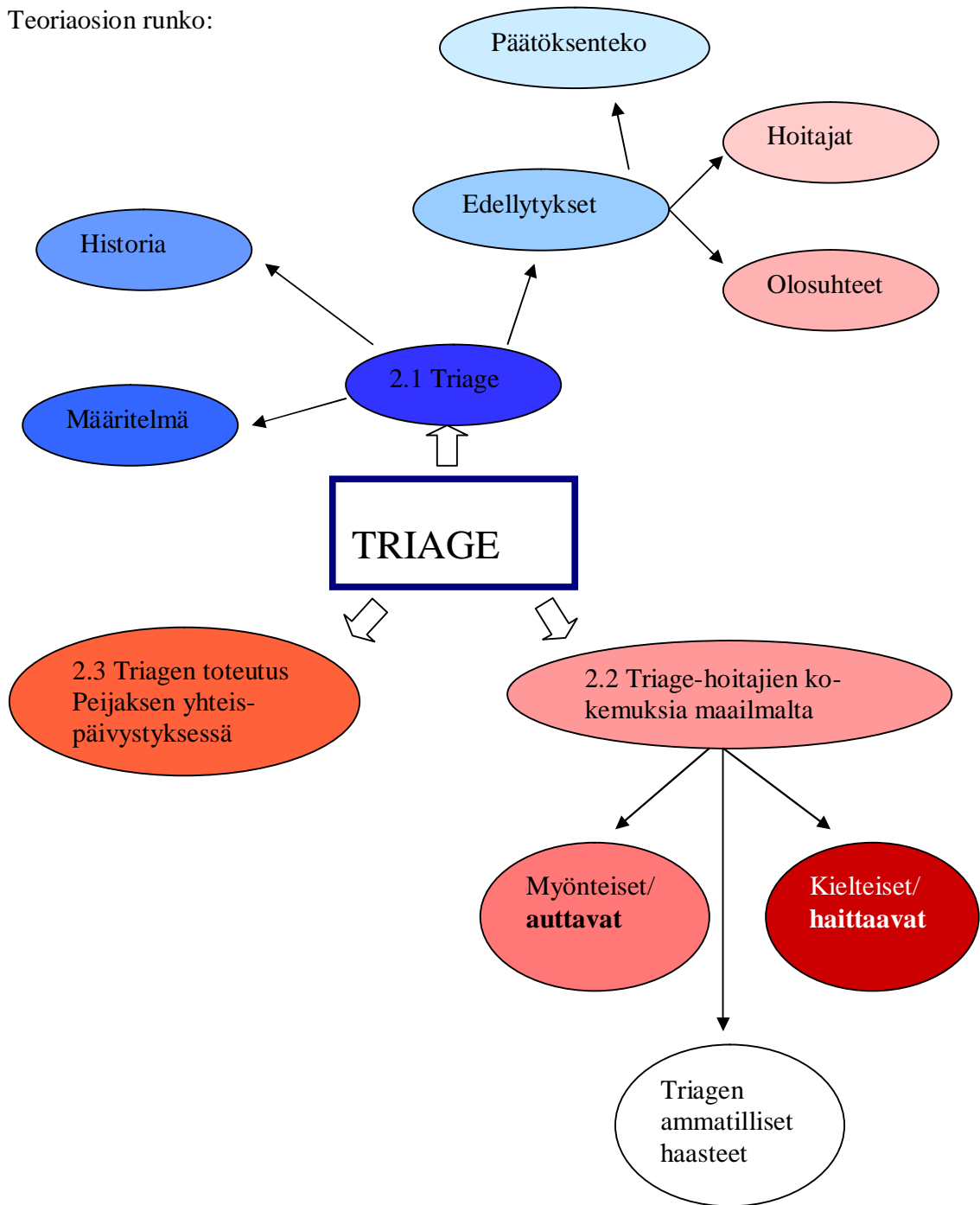
puh. 09 310 81 707; 050 370 1878

Ystävällisin terveisin

Jari Aalto ja Lauri Leino

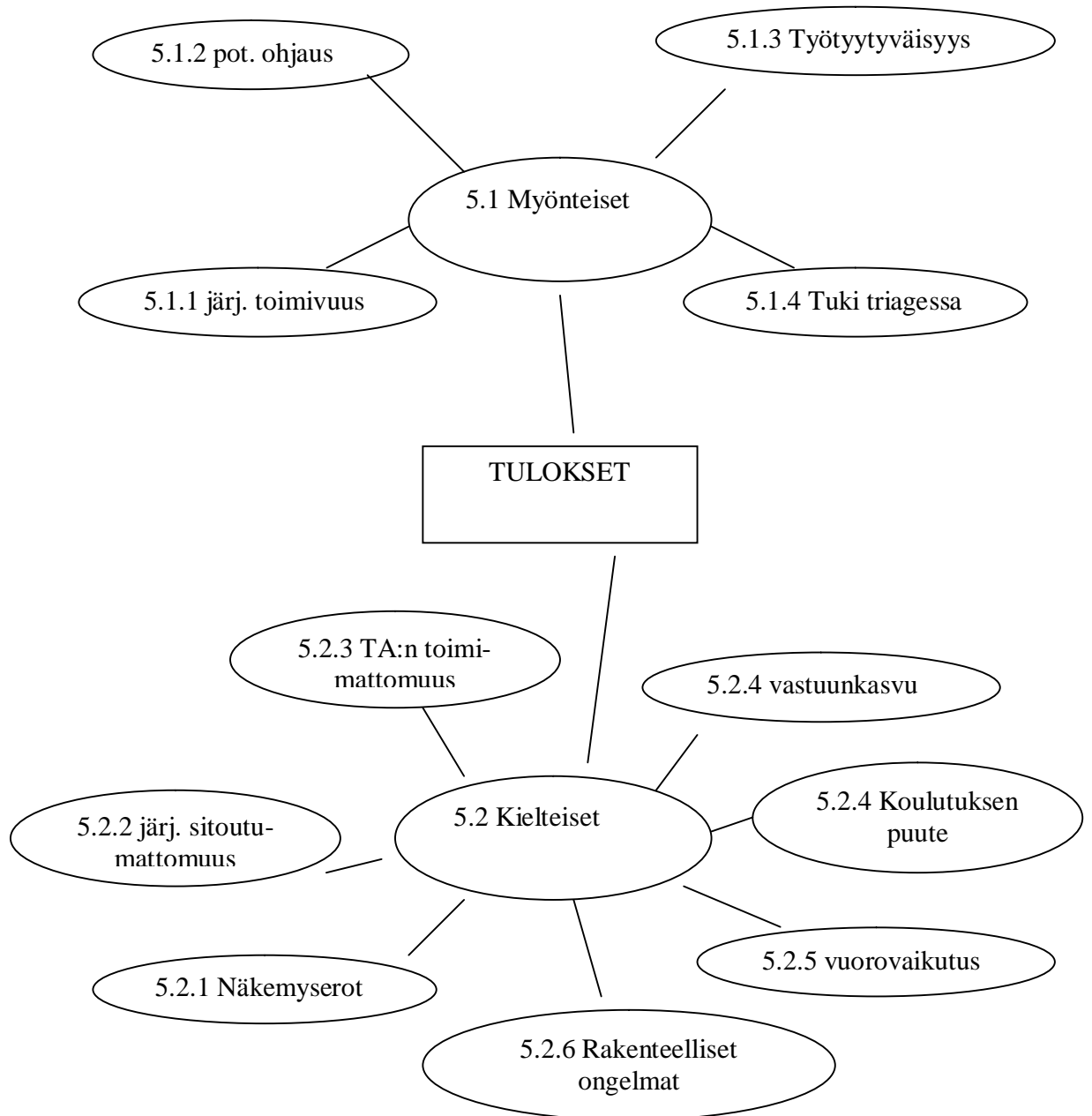
Liite 4

Teoriaosion runko:



Liite 5

Tulosten kategoriat.



Liite 6

Taulukko. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä muodostaessa yläkategoriaa kielteiset kokemukset.

Esimerkkejä sisältöluokan lausumista	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p><i>"Meillä on ongelmana että päivystävä lääkäri vaihtuu paljon ja jokainen niistä on erilainen..et tuota toiset ottaa helpommin kuin toiset..et jos oot siinä vaikka ensin itte taistellut viisi minuuttia sen potilaan kanssa.. ja soiteetaan lääkärille ja kysytään, ni lääkäri sanoo et pistä tänne, ni on se vähän turhauttavaa.. se että niin kuin jos sä oot luku ohjeita ja vaiva ei välttämättä päivätyksellinen ole..ja oot taistellu sen potilaan kanssa.."</i></p>	<p>Lääkärien vaihtuvuus Yksilölliset työtavat Ohjeistuksesta poikkeaminen Yhteistyön puute Turhautuneisuus</p>	Näkemyserot	Kielteiset kokemukset
<p><i>"..et tähän on ollut vuosia sellanen vantaan ylivuotopaikka..lääkäri pulaa paikkaamaan ja sitä aikapulaa paikkaamaan jota tuolla terveysasemilla on..et kyllä tähän olisi pitänyt puuttua paljon varhasemmassa vaiheessa..nyt se on hirveen vaikeeta käännyttää ihmisiä..yritetään saada ihmisille se läpi.. monethan jopa luulee et tää on heidän oma terveysasema.. päivystys pitäis olla päivystys.."</i></p>	<p>Resurssipula terveysalalla TA:n huono ohjeistus Ohjauksen tarve potilaille Päivystys tarkoitettu kiireellisille potilaille</p>	Järjestelmään sitoutumattomuus	
<p><i>"No varmaa ku mä en oo tohon mitään koulutusta saanu et ihan mututuntumalta..et aina vähän kattonu mitkä potilaat kuuluu mihinkin..et se tuntuu vähän hankalalta omasta puolesta et ei ol sitä niin suurta kokemusta viel et osais kaikkea arvioida..täytyy kyllä oma selustaturvata ja lähtee ettiin se lääkäri.."</i></p>	<p>Tiedon puute Kokemuksen puute Epävarmuus Vastuun väistäminen Lääkäristä riippuvaisuus</p>	Koulutuksen puute	

Liite 7

Tutkimukseen soveltuvaa kirjallisuutta.

KIRJALLISUUTTA

Almeida SL.: Nursing perspectives on the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2004 Feb;22(1):117-29, vii.

Considine, Julie – Ung, Lerma – Thomas, Shane: Clinical decisions using the National Triage Scale: how important is postgraduate education? *Accident and Emergency Nursing*. 2001 Apr;9(2):101-8.

Crellin, DJ – Johnston, L.: Poor agreement in application of the Australasian Triage Scale to paediatric emergency department presentations. *Contemporary Nurse*. 2003 Aug;15(1-2):48-60.

Fernandes, CM – Daya, MR - Barry, S – Palmer, N.: Emergency department patients who leave without seeing a physician: the Toronto Hospital experience. *Annals of Emergency Medicine*. 1994 Dec;24(6):1092-6.

Handysides, G. 1996: *Triage in Emergency Practice*. St Louis. Mosby-Year Book Inc.

Marsden J. : Decision-making in A&E by expert nurses. *Nursing Times*. 1998 Oct 14-20;94(41):62-5.

Patel, VL – Gutnik, LA – Karlin, DR – Pusic, M.: Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2007 Mar 16;

Wollaston, A – Fahey, P – McKay, M – Hegney, D – Miller, P – Wollaston, J.: Reliability and validity of the Toowoomba adult trauma triage tool: a Queensland, Australia study. *Accident and Emergency Nursing*. 2004 Oct;12(4):230-7.

Terris, J – Leman, P - O'Connor, N – Wood, R.: Making an IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at triage. *Emergency Medicine Journal*. 2004 Sep;21(5):537-41.

Maningas, Peter A. - Hime, Derek A. - Parker, Donald E. 2006: The use of the soterion rapid triage system in children presenting to the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine*, Volume 31, Issue 4, November 2006, Pages 353-359.